

ANNAIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

OCT 8 1945

Diretor: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Secretário: ANTÔNIO SALDANHA LOURES

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 7-4020

Caixa Postal, 1574 — São Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 ano Cr \$ 50,00 — Numero avulso Cr \$ 5,00

OL. L

Julho de 1945

N. 1

Sumário:

	Pág.
Peritonite crônica encapsulante — Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO.....	5
Breves noções sobre o conceito da hemorragia uterina disfuncional — Dr. OCTAVIANO ALVES DE LIMA FILHO.....	25
Considerações em torno do cancro venéreo simples e seu tratamento — Ddo. JACOB KITOVER.....	47
Produção Médica de São Paulo:	
Sociedade de Medicina e Cirurgia.....	61
Associação Paulista de Medicina:	
Higiene e Medicina Tropical.....	62
Neuropsiquiatria.....	65
Cirurgia.....	69
Dermatologia e Sifilografia.....	70
Oto-rino-laringologia e Cirurgia Plástica..	73
Medicina.....	75
Radiologia e Eletricidade Médica.....	76
Obstetrícia e Ginecologia.....	80
Sociedade Médica São Lucas.....	83
Sociedade do Serviço do Prof. Celestino Bourroul.....	85
Centro Acadêmico Pereira Barreto.....	90
Outras sociedades.....	93
Imprensa Médica de São Paulo.....	94
Vida Médica de São Paulo.....	95
Assuntos de atualidade.....	99
Literatura Médica.....	99

Triod Zambelletti

Preparado organico tri-iodo-azotado

Máxima eficiencia curativa - Destacado neurotropismo - Ausencia de retenção - Perfeita tolerancia local e geral.

INDICAÇÃO: Artrismo - Artrite deformante - Localizações microbianas e tuberculares - Adenopattias - Afecções para-lueticas - Intoxicações exogenas e endogenas tambem dos centros nervosos - Arterioesclerose - Polisarria - Anexites.

Injeções intra-musculares e endovenosas.

Ampolas de 2 e de 5cc.

Via bucal: comprimidos em vidros de 50

**LAB. ZAMBELETTI LTDA. - CAIXA, 2069
SÃO PAULO**

Uma novidade terapêutica, eficaz e atóxica

GENCITROPINA LABOTHERPE

Formula:

CADA DRAGEA CONTEM:	ADULTOS	INFANTIL
Violeta de genciana . . .	0,06 g	0,02 g
Arrenal	0,03 g	0,01 g
Sulfato de atropina . . .	0,00024 g	0,00008 g
Excipiente q.s. para 1 dragea gastro-refrataria		

INDICAÇÕES: Giardia intestinalis, Infestação por Enterobius vermiculares, Estrongiloides, Estercolaris e por Heminolepis.

**LABORATÓRIO BRASILEIRO DE TERAPEUTICA LTDA.
CAIXA POSTAL, 3018 - RUA S. JOAQUIM, 381 - TEL. 7-2955 - S. PAULO**

A M

Assi

Vol

de
por
lista
obs
aco
ceu
uma
pula

uma
cad
Ma
dei
assi
esq

12
obs
sen
exa
gisi

jane
de 1

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

SECRETÁRIO: ANTONIO SALDANHA LOURES

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 7-4020

Caixa Postal, 1574, S. Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 ano . . . Cr \$ 50 00 — Numero avulso . . . Cr \$ 5 00

Vol. L

Julho de 1945

N. 1

Peritonite crônica encapsulante *

Dr. Eurico Branco Ribeiro

Diretor do Sanatório São Lucas

Com a apresentação, em dezembro de 1944, de três casos de "peritonite crônica encapsulante" observados em São Paulo por cirurgiões diferentes, a Secção de Cirurgia da Associação Paulista de Medicina, colocou essa moléstia na ordem do dia. Tendo observado, a tempos, dois casos dessa entidade mórbida e vindo acompanhando, com interesse, a bibliografia do assunto, pareceu-nos asada a ocasião para o registo dos nossos casos e para uma síntese dos dados contidos nos trabalhos que pudemos compulsar.

A "peritonite crônica encapsulante" é — pode-se dizer — uma denominação que veio do túmulo. Não que fosse identificada durante exames procedidos no decurso de uma exumação. Mas foi descoberta postumamente ao se rebuscarem as anotações deixadas por um anatomo-patologista russo e que se achavam por assim dizer sepultadas no meio de numerosos papeis fadados ao esquecimento.

Ao deparar com um segundo caso da moléstia, operado em 12 de outubro de 1906, Owtschinnikow lembrou-se de que havia observado com Rasumowsky, em 22 de março de 1902, um caso semelhante, falecido nas 48 horas da operação e confiado ao exame necroscópico de Lubimov. Esse conhecido anatomo-patologista russo já estava morto em 1906. Owtschinnikow foi então

* Comunicação feita à Associação Médica do Paraná, em Curitiba, em 10 de janeiro de 1945 e resumida perante o II Congresso Médico Paulista, em 5 de março de 1945.

rebuscar os seus arquivos e descobriu a descrição detalhada das lesões encontradas, com a classificação do quadro nosológico como "peritonite crônica encapsulante". E essa denominação apareceu pela primeira vez na literatura médica no Archiv für klinische Chirurgie, de Berlim, LXXXIII, 623-635, 1907 ("Peritonitis chr. fibrosa encapsulata").

Entretanto, já anteriormente a afecção tinha sido observada. Virchow teria examinado um caso, dando-lhe a denominação de "peritonite deformante". Em 1900, Gutmann já se ocupara da afecção e, nesse mesmo ano, Tokarenko descrevia nos "Anales der Russisch Chirurg" a "peritonite adesiva circumscrita crônica", por alguns considerada como a primeira observação publicada. Tratava-se de uma doente que, no puerpério, apresentou um tumor residual de sintomatologia ruidosa, obrigando a uma laparotomia, na qual se encontrou o intestino delgado encapsulado em uma bolsa resistente.

O assunto também fôra posto em realce no II Congresso Russo de Cirurgia, reunido entre 19 e 31 de dezembro de 1901, a propósito de dois casos de J. A. Praxin, que os apresentou como pertencentes a uma moléstia independente, com um trabalho intitulado "Sobre a sintomatologia e tratamento cirúrgico da peritonite intersticial e encapsulamento do intestino", tendo Fedorow registado então a sua contribuição pessoal.

O primeiro caso sul-americano deve ter sido o publicado em 1931 por Artemio Zeno e J. Sgrosso, de Rosario, Argentina. No Brasil, o primeiro caso é devido a Bernardes de Oliveira, em 1935.

Mas foi devido a trabalhos publicados na Alemanha que a moléstia se tornou mais conhecida, tendo despertado grande atenção na França entre 1931 e 1934. Os alemães lhe deram o nome de "Zuckergussdarm", o que quer dizer "intestino recoberto de assucar fundido", traduzido pelos franceses por "intestino glacé", dada a côr esbranquiçada da capsula envolvente das alças delgadas aprisionadas. O aspecto exterior da capsula, semelhante ao dos bolos recobertos com assúcar batido em clara de ovo, é que deu origem a ambas as designações, ora consideradas como inconsistentes, pois foram "baseadas mais sobre a aparência do que sobre a realidade". A tendência, hoje, é dar-se às molestias nomes que expressem a sua natureza clínica, etiológica e anatomo-patológica. Quando não se possa reunir em uma só designação todos esses característicos capazes de dar a compreensão exata do processo mórbido, então a preocupação é nomea-lo apenas com os dados positivados. E' por isso que, no caso, vem predominando em toda a literatura sobre o assunto a denominação "peritonite crônica encapsulante". E' claro que não conviria dizer-se "moléstia de Lubimov", ou "moléstia de Tokarenko", pois não teria significação objetiva, mas apenas seria uma recordação histórica sem nenhum indicativo prático. A própria expressão "peritonite

crônica encapsulante" merece alguns reparos. Si afirma que se trata de um processo inflamatório de evolução longa, não traz indicação etiológica e faz pressupor que há lesões peritonias hiperplásticas capazes de, pelo seu desenvolvimento, englobar alças intestinais que já são revestidas do próprio peritônio, como si essa membrana pudesse lançar pseudópodos, pontes e cortinas, envolvendo todo um setor do conteúdo do abdome. Ora, o que se dá não é a distensão do peritônio, com carater encapsulante, mas o aparecimento de um processo proliferativo, de origem inflamatória, crônico, respeitando em grande parte a integridade peritoneal e criando uma membrana fibrosa envolvente dos intestinos. E' um verdadeiro "enquistamento dos intestinos", (1) parcial ou total, conforme os casos. Só nos pontos do contacto com a capsula, mais extensos nuns casos, quasi nulos na grande maioria, é que a serosa peritoneal apresenta sinais de inflamação crônica, por continuidade, e aderências geralmente frouxas. Pelos mesmos motivos padece crítica a denominação de "peritonite fibrosa encapsulante". Pouca atenção mereceu o nome dado por Villard de "higroma gigante do peritônio", expressão literal de uma ascite da grande cavidade abdominal.

Não se pode negar, é certo, que o processo tenha partido de uma inflamação da serosa, abandonada, de muito, a hipótese de se tratar de malformação congênita, conforme queriam Futh e Lorine-Epstein. O que parece evidente das verificações até agora feitas é que o peritônio é acometido por uma infecção pouco virulenta, sem manifestações clínicas que despertem atenção, reagindo sorrteiramente por meio de um processo fibroso proliferativo, que se vai organizando à medida que o tempo avança, conglobando alças e a elas aderindo temporariamente por conexões frouxas, que se desfazem ao sabor do peristaltismo normal do intestino, cujo revestimento seroso fica, assim, na sua maior parte, livre de conexões que lhe determinem retrações e estrangulamentos, como acontece depois de infecções mais ou menos virulentas (bridas, aderências e mesenterites retrateis). Para muitos a capsula se formaria sôbre os despojos de uma peritonite fibrinosa, por um processo análogo ao que se dá nas sinovites com grãos riziformes; o mesmo se passaria nas bursites crônicas com formação de cordoalhas. A membrana perivisceral se formaria, pois, em consequência da organização progressiva de um depósito de fibrina, consequente ao ataque peritoneal primitivo, conforme opinaram em 1931 Patel e Wilmoth. Segundo Varela Chilense, as experiências de Volkovic demonstraram que a fibrina depositada no peritônio pode originar membranas lisas que recobrem os órgãos, particularmente na peritonite tuberculosa, ainda que faltem tuberculos ou degeneração caseosa; para

(1) Lenormant dizia que se tratava de um "enquistamento do intestino dentro de uma capa dissecável e distinta da serosa peritoneal".

Wieczkowski a lesão é produzida pela endotoxina tuberculosa e segundo Gofferje a peritonite crônica encapsulante é um processo metatuberculoso". Em muitos casos, o agente causal é indiscutivelmente o *Mycobacterium tuberculosis*, em infecção atenuada, em indivíduo com boa resistência. As observações de Donovan e Zimmon, Wilmoth e Patel, Soupault, Orlow, Bloch, Blondin, Varela Chilense, Repin, Didavin mostraram a presença de lesões tuberculosas típicas na capsula envolvente. Lehrnbecher encontrou um gânglio com caseose. Donato Marmol publicou um caso em que havia salpingite tuberculosa associada. A ausência de lesões tuberculosas típicas em muitos casos é encarada por Huguenin e Esau como analogia com certas lesões específicas da pele sem tubérculos nem bacilos. O 2.º caso de M. Albo é muito ilustrativo: numa primeira laparotomia foram encontrados pequenos tubérculos na porção terminal do íleo; um ano mais tarde, nova intervenção revelou uma peritonite encapsulante, com desaparecimento completo das granulações tuberculosas. A primeira referência feita à etiologia tuberculosa foi devida a Bobrof, no 2.º Congresso Russo de Cirurgia (1901). Apesar de todas essas observações, Xavier Lopes insiste em dizer que os casos de etiologia tuberculosa não são propriamente de peritonite encapsulante.

Para outros, agentes vários podem dar início ao processo, bastando que não produzam reação violenta do peritônio. Tebenski e Farberowa encontraram *Neisseria* no líquido de ascite em caso de peritonite encapsulante. E' citado um caso em que a cultura mostrou a presença de *Diplococcus* de Frankel. O reumatismo, a malária, a febre tifoide, a enterite aguda são assinalados nos antecedentes. Tejerina Fotheringham acredita na decorrência de uma infecção pneumocócica. Alega esse autor que as formas abortivas da peritonite pneumocócica regredem sem chegar à supuração e, de regra, se localizam "deante do paquete das alças intestinais", recalcando-as para trás. Dai o fato de na organização do processo fibrinoso não haver coalescência de alças, que também não aderem ao peritônio parietal anterior. Pressupõe Tejerina, portanto, que ha uma fase de produção de exsudato, que afasta as alças da parede anterior do abdome "envernizando-as".

A sífilis foi responsabilizada por Letulle em um caso publicado em 1918.

Há casos da literatura que fazem crer pelo menos na concomitância de processos blastomatosos, tais como os de Jungling (endotelioma peritoneal), de Bertrand e Colson (membrana fibrosa com quisto papilífero do ovário) e de Jakob (brotos epiteliais atípicos no meio da capsula retirada).

No geral, porém, o exame histológico da capsula apresenta um tecido de caráter inflamatório crônico, que Lastra e Bello assim esquematizam: "uma substância fundamental com os ca-

racteres tintoriais do colágeno, na qual estão incluídos elementos celulares alongados, fibroblastos, células conjuntivas, linfócitos, alguns macrófagos, plasmazellen e pequenos vasos neoformados; as células conjuntivas de tipo estrelado são escassas e apresentam-se com seus caracteres habituais: uninucleadas, com 2 ou 3 ramificações protoplasmáticas curtas, protoplasma claro; os fibroblastos predominam, existindo todas as faixas de transição entre os elementos jovens e adultos e oferecendo as diferenças habituais antes de situação que morfológicas, segundo estejam destinadas à constituição do estroma propriamente dito ou da dos neocapilares; estes são bastante numerosos, com endotélio turgescente; existem também pequenos vasos bem organizados e de um tipo mais avançado, com pequenas arteriolas e vênulas; a infiltração linfocitária é difusa e no geral pouco intensa, poucas vezes situada ao redor de alguns vasos, cujas paredes parece infiltrar”.

A peritonite crônica encapsulante é tida como afecção rara. Ao descrever o primeiro caso observado na França, Patel e Wilmoth só conheciam, em 1931, cerca de 30 casos publicados. Entretanto, já em 1930, Jungling reunia 39 casos, dos quais 21 da literatura russa, 9 da alemã e 6 da americana.

Novos casos foram publicados e em 1935, Bernardes de Oliveira, baseado quasi que só na literatura francesa, contou 48 casos, desconhecendo, por certo, que já em 1934, Ahumada coletara nada menos de 84 e, em 1936, outro autor argentino, Rodolfo Pasman, calculava em uma centena os casos relatados. Dos trabalhos russos destacam-se os de N. L. Bloumenthal, de Moscou, que em 1927 no Arch. für klinische Chirurgie, abordou o tema “poliserosite e moléstia de Bamberger” publicando no ano seguinte mais um artigo em que salientava existirem então 31 casos anotados no Mundo; e em 1936 elevava para 6 os seus casos pessoais com a narração de mais 3 no n.º 7 da Sovietskaia Chirurgia. Entre os seus dois últimos trabalhos, havia coligido mais 35 casos, dos quais 24 entre autores russos, elevando-se o total de então para 66 casos. Com os casos ultimamente publicados, é certo que ultrapassa de uma centena o computo geral da literatura mundial.

A peritonite crônica encapsulante se caracteriza pelo envolvimento parcial ou total do intestino delgado por uma membrana fibrosa, formando um verdadeiro quisto de conteúdo intestinal, como si fora um saco cheio de alças justapostas, as mais vezes inteiramente livres, outras ligeiramente acoladas entre si e com aderências frouxas às paredes da capsula. Esta algumas vezes se estende para conglobar porções do intestino grosso. Quando abrange a totalidade do delgado, é como que uma tela inserida no qua-

dro dos colos; é como que uma cortina que separa o abdome inferior em duas porções — uma posterior, de conteúdo entérico, e uma anterior, vazia, compreendendo uma cavidade virtual, pois que a capsula não apresenta aderências com o peritoneo parietal anterior; é, enfim, como que um escudo, de convexidade anterior, abrigando na sua concavidade todo o intestino delgado. Esse tapume é de aspecto brilhante, esbranquiçado (leitoso para Josa, côr de marfim para Villard, aporcelanado para Rouhier, madreperláceo para Zagarese), semelhando as paredes de um quistoma do ovário e lembrando a camada de açúcar batido em clara de ovo com que as doceiras recobrem certos bolos. Sua espessura varia de 2 a 8 mm, sendo diminuta a sua elasticidade. Raramente é banhado em líquido peritoneal, seja por sua face interna, seja por sua face externa. Quando existe líquido, este, de regra, é pouco volumoso e de aspecto seroso, citrino.

Quando o saco não envolve todo o intestino delgado, abrangendo apenas sua parte média, o aspecto é o de "um tumor com duas patas, uma constituída pela alça aferente, a outra pela eferente", no dizer de Goñi Moreno. Si a lesão atinge as últimas alças, o envólucro parte do ceco e há somente um cordão entérico que emerge da boca do saco voltada para a raiz do mesentério. Em qualquer caso, pois, o critério anatômico assinalado por Leibovici e Jovanovitch é a "existência de um saco englobando a totalidade ou uma parte do intestino delgado". Às vezes parece haver mais de um saco, tal como no caso de Varela Chilense, mas o exame necroscópico mostrou que só havia uma bolsa, com três enquistamentos comunicantes entre si. Em certos casos a membrana se estende por sobre outros órgãos da cavidade abdominal, como no caso de Potez, em que também estavam revestidos o fígado, o estômago e o baço.

Sob o ponto de vista clínico, a peritonite crônica encapsulante é muita vez um achado cirúrgico no decurso de operação realizada por outras moléstias pois que a sintomatologia inicial é frusta e passa quasi sempre desapercibida. Num período mais adiantado, manifestam-se sintomas passageiros de obstrução intestinal incompleta, podendo-se, nesse estágio, perceber a presença de um tumor abdominal livre na grande cavidade, confundível com quisto do ovário ou com tumor do mesentério. Numa fase ainda mais adiantada, sobrevem uma crise obstrutiva, com sintomatologia mais ou menos dramática, levando o doente à mesa operatória. Na fase intermediária, que pode variar de 1 a 20 anos no dizer de Bloumenthal, a palpação abdominal repetida pode surpreender um tumor, às vezes visível, que aumenta de volume algum tempo depois da ingestão de alimentos, de consistência elástica, timpânico, movel, de regra não doloroso, deixando perceber, muita vez, às manobras de exploração, a passagem rui-

dosa de gases, não se vendo, porém, ondas peristálticas, mesmo com peristaltismo e cólicas provocados. Essa discordância paciente da inexistência de peristaltismo visível em ventre pouco abaulado com história de obstrução crônica intermitente conduz ao diagnóstico, na opinião de Bloumenthal. Na grande crise terminal, si o estado do doente permite, a exploração manual faz perceber a existência de um tumor mais ou menos movel e então o diagnóstico diferencial será feito com a torção do ceco ou de um megassigma, deixando à história clínica a decisão do diagnóstico de probabilidade.

Embora, em geral, os autores digam que seja impossível, o diagnóstico prévio preoperatório tem sido firmado várias vezes. Assim, não subsistem mais as afirmações de Dietrich ("o diagnóstico é impossível antes da operação") de Josa ("o diagnóstico certo antes da operação é a meu ver impossível") de Grunberg ("o diagnóstico antes da operação é impossível"), de Novikow ("o diagnóstico é difícil e, como regra, só pode ser feito na mesa operatória") e de Brueckner ("a moléstia é de tal maneira atípica que não ha elementos para o diagnóstico"). E' que o diagnóstico prévio é feito de regra, por quem já vira um caso anteriormente. Mas também foi suspeitado por Mario Nicastro, em 1940, sem que tivesse tido a oportunidade de conhecer pessoalmente outro caso. Em 1936 Bloumenthal ja citava dois casos de diagnóstico provavel, além de 3 casos em que ele próprio firmára o diagnóstico prévio, depois de ja ter visto outros 3 casos, pois é o autor que conta com o maior número de casos, seguindo-se-lhe Golovinsky com 4 casos. Lehrnbescher fez um diagnóstico prévio num dos seus 3 casos. Repin acertou no seu segundo caso. Jean Madier firmou o diagnóstico num caso que entregou à perícia operatória de Funck-Brentano.

Assim parece ter razão Alberto Beraldi em dizer, recentemente (1944), "que o quadro sintomatológico pode permitir um diagnóstico antes que a oclusão aguda se instale, já que os doentes sempre apresentam fenômenos oclusivos transitórios, nos quais é facil apreciar a síndrome de Koenig; si a isso se ajunta a verificação de um tumor, *sonoro à percussão*, que ocupa preferentemente o hipogástrio, poder-se-á pelo menos presumir a existência dessa moléstia".

A radiologia também poderia trazer elementos para o diagnóstico. Em trabalho publicado em La Radiologia Medica, XXV, 266, março de 1938, Lenarduzzi diz "poder constituir a síndrome radiológica da peritonite crônica encapsulante", à vista dos casos da literatura e de cinco mais que estudou. Afirma esse autor que:

a) os sinais a cargo do delgado são:

1. Adossamento de parte ou de quasi todas as alças do delgado, segundo a extensão do processo, semelhante a um fole, de

maneira a formar um conjunto do aspecto de pelota ou salsicha, bem diferente do resto do delgado.

2) Dos colos, o mais frequentemente deformado é o trans-alças ou, si existem aderências entre a capsula e o peritoneo visceral, as alças agrupadas podem se apresentar dilatadas e alcançar o calibre do colo.

3. Ao nível das alças interessadas, pode-se observar dois tipos de incisuras marginais: umas pequenas, próximas umas das outras, correspondendo às valvulas coniventes; outras, mais profundas e afastadas, como as haustras do colo, podendo aparecer sós ou associadas à dilatação já assinalada, dando ao delgado um aspecto pseudocólico (sinal de Vespignani); isso constitue um dos sinais fundamentais da síndrome em sua fase avançada; com a compressão, pode-se por em evidência nessas alças a imagem das válvulas da mucosa, logrando-se, dessa maneira, fazer o diagnóstico diferencial.

4. O conjunto de alças adossadas — que corresponde a miudo a tumor palpavel — pode deslocar-se sem que mudem muito as relações reciprocas e a forma das alças, deixando sua impressão sobre o resto do delgado, sobre o estômago, sobre o colo; essa manobra dá-nos a idéia de uma massa de certa consistência.

5. Geralmente faltam as dilatações, os níveis líquidos e as graves alterações da cinética, como sucede nas estenoses e nas mesenterites; por isso o transito intestinal é pouco retardado e podemos surpreender, isoladamente cheias, as alças do grupo adossado; si os movimentos estiverem abolidos em algumas alças ou em parte de algumas alças, podemos aceitar que a parede visceral a esse nível está aderida à capsula neoformada.

b) os sinais obtidos a cargo de outros segmentos do tubo digestivo são:

1. O estômago geralmente está deslocado para o alto e para a direita, apresentando a impressão do tumor na metade inferior da grande curvatura.

2) Dos colos, o mais frequentemente deformado é o transverso, podendo aparecer recalcado para cima ou repuxado para baixo; especialmente nas suas extremidades e nos ângulos; parece encurtado, devido, talvez, a uma retração por parte da capsula; pode-se também observar a impressão do tumor sobre o colo, tendo a concavidade voltada para o centro do abdome.

3) Quando o processo atinge vários segmentos do tubo digestivo, pode faltar a mobilidade relativa dos diversos órgãos atingidos.

A esses sinais, Mario Nicastro acrescenta um dado precioso: injetando uma empola de extrato de lobo posterior da hipófise,

para eliminar os gases dos intestinos, verifica-se que a expulsão se faz parcialmente, persistindo aeroília no logar correspondente ao adossamento das alças, onde o contraste baritado mostraria a existência do encapsulamento. Esse autor assinala, também, uma estase gastro-duodenal relativa.

A despeito de todos esses dados, aliás só verificáveis num exame paciente e cuidadoso, e das observações clínicas já bastante divulgadas, ainda ultimamente se têm feito os mais diversos diagnósticos, mesmo com o tumor à mostra, na mesa operatória, havendo entre eles os de quisto do ovário, megacolo, megassigma, fibromioma, quisto do mesentério, invaginação intestinal crônica, etc.

Em consequência da enganante aparência do tumor, Lastra e Bello punccionaram-no com um trocate de quisto de ovário; Toole, Richard e Pistocchi pensaram estar diante de um quisto de ovário; Futh fez a extirpação total do intestino delgado contido no saco.

Bergeret diz que "é verdadeiramente um espetáculo surpreendente olhar a cavidade abdominal sem intestinos".

O tratamento é cirúrgico e consiste, essencialmente, na libertação das alças aprisionadas. A excisão de toda a capsula é por vezes possível, quando não há aderências com os intestinos; mas essas aderências são bastante frequentes e, então, o recomendável é a incisão e excisão parcial da capsula, com a separação das alças que acaso se mostrem adossadas. A ressecção intestinal tem sido feita, em geral com maus resultados, nos casos de obstrução aguda, sendo aí, conforme o caso, uma indicação de necessidade. Rodolfo Pasman ressecou 1m 30 de ileo terminal, com brevidade. No geral a incisão da capsula é fácil, mas a sua excisão nem sempre é possível, dado o grau das aderências, como nos casos de Bortolani, Pistocchi, Albo, Bazy, Lehrnbescher. Nas suas reiteradas tentativas, Esaú chegou a lesar o intestino por várias vezes, falecendo o doente. Rodolfo Pasman, pitorescamente, escreve: "geralmente se diz: incide-se a membrana e põe-se em liberdade o intestino delgado; pareceria que isso fosse tão fácil como por em liberdade ao pássaro encerrado na gaiola..." Mas, de fato, no geral as aderências são frouxas e facilmente se desfazem mediante manobras suaves de tesoura romba ou de ponta de dedo envolvida em gaze. Quando elas são firmes, é não insistir: deixem-se ilhas de capsulas em contacto com os intestinos, sem temor nenhum, porque a tendência da capsula é reabsorver-se, conforme provam muitas observações. Hardouin não conseguira retirar a capsula por causa de aderências firmes; quinze meses mais tarde reabriu a doente, por eventração, verificando o completo desaparecimento da membrana. Fotheringham verificou a quasi completa reabsorção quatro meses depois da primeira intervenção. No fim de sete meses, Gonzalez Marmol, em segunda intervenção, assinalou o desaparecimento da membrana encapsu-

lante deixada na operação anterior. Miraillié encontrou uma peritonite encapsulante numa hérnia inguinal estrangulada; reduzindo cirurgicamente o estranho conteúdo, fez a seguir laparotomia mediana, verificando tratar-se de extenso saco, tomando também o ceco, o ascendente e o ângulo cólico direito; alguns dias depois, o doente foi acometido de morte súbita e a autopsia demonstrou considerável regressão das lesões. Tiesenhausen verificou 18 meses mais tarde uma capsula mais fina.

Assim, a extirpação total da membrana, operação que alguns erroneamente chamam de enterolise, é conduzida perfeitamente dispensável.

A operação certa, diz Bloumenthal, é a descapsulação e separação das alças sempre com suavidade, evitando erosões da serosa intestinal e manipulações prolongadas. Dada a etiologia tuberculosa de muitos casos, Bonneau aconselha o emprego do oxigenador Bayeux durante o ato cirúrgico; afim de melhor expor à ação do oxigênio o peritонеo visceral e parietal.

A paresia intestinal posoperatória tem sido observada com frequência, devida, sem duvida, a manobras operatórias intempestivas e ao estado de oclusão com que muita vez vão os doentes para a mesa de operação.

A letalidade é bastante elevada, em virtude da estercoremia consequente à subocclusão crônica dos doentes e, por vezes à conduta inexperiente do cirurgião em uma contingência pouco encontradiça.

Na estatística de Bloumenthal, a relação entre a letalidade e o tipo de operação realizada pode ser apreciada no quadro seguinte:

Intervenção feita	N.º de casos	Mortes
Descapsulação	49	11
Sòmente incisão	3	1
Ressecção intestinal	8	4
Laparotomia exploradora	7	1
TOTAL	67	17

No Brasil, ao que conseguimos saber, o primeiro caso publicado foi o de Bernardes de Oliveira, em 1935; o segundo caso deve-se a Xavier Lopes, que baseado nele escreveu u'a monografia laureada em 1940 pela Academia Nacional de Medicina com o Prêmio "Doutorandos de 1900"; o terceiro caso pertence a Rodrigo Ramalho, que o publicou nos Archivos da Sociedade de Medicina de Alagôas, V. 37, janeiro a outubro de 1942. Agora vêm a lume os três casos apresentados à Associação Paulisa de Medicina por Mario Degni e Chagas de Oliveira.

Aos casos assinalados na literatura, queremos aqui reunir os dois de nossa observação pessoal, cuja história vamos resumir a seguir:

Observação 1 — I. C., feminina, casada, espanhola, branca, 38 anos, residente nesta capital. Cerca de um ano atrás teve aborto febril com hemorragia, ficando acamada durante quinze dias. Dois meses mais tarde, começou a ter dores mais ou menos fortes no hipogástrico, irradiando-se para as regiões lombares, ora para a esquerda, ora para a direita; eram em forma de cólicas bastante intensas, vindo quasi que diariamente, piorando com esforços físicos e eram mais intensas nas vésperas das menstruações, permanecendo acentuadas durante todo o período do fluxo. Eram frequentemente acompanhadas de cefaléia, náuseas, mal estar e vômitos, que perduravam às vezes todo o dia, a despeito de qualquer medicação experimental. Logo depois do início da moléstia, as dores se tornaram mais intensas na fossa ilíaca esquerda, onde, nas crises, não suportava a mínima pressão. De dois meses para cá, as dores também se tornaram intensas na fossa ilíaca direita, aparecendo sempre que lhe doia o hipogástrico, nunca surgindo isoladamente. Quando as dores eram mais fortes, o que aconteceu por três vezes, doia também o epigástrico e havia propagação para a bexiga, com vontade de urinar. Desde o início da moléstia notou modificar-se-lhe o ciclo menstrual: maior abundância do fluxo, que se protelava por 5-7 dias, sendo que este mês está persistindo por mais tempo, apesar de medicação apropriada. Não acusa corrimento vaginal. Desde o início da moléstia notou alterar-se o funcionamento dos seus intestinos: prisão de ventre cada vez mais rebelde, passando 4-5 dias sem evacuar; nega crises diarreicas; menarca aos 12 anos; 5 gravidezes, resultando em dois partos normais e três abortos provocados, o último dos quais com infecção, a cerca de um ano, como ficou dito atrás.

Ao exame nota-se bom estado geral, com pânículo adiposo regularmente desenvolvido, mucosas coradas, ausência de edemas. Gânglios inguino-crurais palpáveis, duros, indolores, ligeiramente moveis, de cerca de 1 cm. de diametro. Abdome plano, sem sinais de ondas nem massissiez movel ou fixa; ausência de defesa muscular, com dor provocada ao palpar profundo no ponto de MacBurney; hipogástrico e fossa ilíaca esquerda muito dolorosos à apalpação profunda; fígado e baço nos seus limites normais, não havendo dor ao palpar dos hipocôndrios; epigástrico indolor; temperatura 36°5; pulso a 84 por minuto. Toque doloroso, não permitindo detalhes. Exame preoperatório: tempo de sangramento, 5 minutos; tempo de coagulação, 6 minutos; hemácias, 3.990.000; leucócitos, 9.700; taxa de hemoglobina, 70 %; urina sem elementos anormais.

Com o diagnóstico de salpingite e apendicite crônicas, foi a doente levada à mesa de operação em 6 de junho de 1936. Operação n.º 4.698. Anestesia raqueana com Sclerocaina a 5 %, injetando-se 3cc após retirada de 5cc de liquor. Operador, dr. Eurico Branco Ribeiro; auxiliar, dr. Ney Penteado de Castro. Incisão de Pfannenstiel. Aberto o peritônio parietal, que estava livre, notou-se que o útero, as últimas alças do delgado e a sigmoide estavam recobertos por uma lâmina de tecido fibroso que se extendia como um avental recobrimdo a cavidade pélvica. Incisada essa lâmina, puzeram-se a descoberto o útero e as últimas alças delgadas, que se achavam aqoladas por aderências frouxas facilmente desfeitas, na extensão de cerca de 1m20, desde o ceco até as proximidades da sigmoide a elas aderente; os anexos uterinos estavam aderentes, sendo feita a salpingectomia, sem mergulhamento dos cotos; o ovário esquerdo mostrava-se atrofiado; apêndice também envolto por aderências, sendo retirado após a secção do meso; mergulhamento do coto apendicular; colocação de 20cc de parafina líquida na cavidade abdominal, onde também se deixaram duas

empolas de sôro anticóli-perfringens; fechamento da cavidade sem drenagem. Duração do ato operatório, 37 minutos. Pósoperatório sem anormalidades.

A doente passou bem até setembro de 1938, quando voltou a ter cólicas no abdome inferior, acompanhadas de metrorragias. Em janeiro de 1939 procurou o Serviço, revelando o toque um aumento de volume e dor ao nível do ovário esquerdo. Com o diagnóstico de quisto do ovário, foi novamente à mesa operatória em 7 de janeiro de 1939. Ao exame preoperatório, verificou-se que o tempo de coagulação era 9 minutos, o de sangramento 2 minutos, a taxa de hemoglobina 76 %, o número de hemácias 4.800.000, o de leucócitos 8.000, havendo grande número de hemácias na urina com elementos normais (metrorragia). Operação n.º 7.050. Anestesia raqueana com Scurocaina a 5 % na quantidade de 2,5cc, após retirada de 5cc de liquor. Operador dr. Eurico Branco Ribeiro; assistente, dr. João Noel von Sonnleithner. Incisão mediana subumbilical. Algumas alças delgadas estavam aderentes ao fundo do utero, sendo libertadas; o ovário direito mostrava-se poliquístico; havia um quisto hemático de cerca de 6 cm. de diâmetro no ovário esquerdo, sendo extirpado, com sutura do parênquima ovariano; quisto aderencial na face posterior do utero. Acima das aderências, as alças delgadas apresentavam um aspecto tuberculoide, em virtude do encapsulamento de gotículas de parafina deixadas na operação anterior. Foram deitadas duas empolas de Electrargol e um pouco de parafina líquida na cavidade abdominal, seguindo-se o fechamento da ferida sem drenagem. Não havia vestígios da capsula envolvente encontrada na primeira operação. Roentgen-terapia, com o propósito de evitar novas aderências. A paciente foi revista em fins de 1944, não tendo tido mais crises dolorosas no baixo ventre.

Observação II — E. M., 36 anos, feminina, branca, lituana, casada, residente nesta capital. Compareceu à consulta em 20 de outubro de 1936, com a recomendação de um colega para ser operada de prolapso uterino. Contava que quatro meses antes tivera o primeiro parto na Maternidade de São Paulo, sendo-lhe feita a aplicação de fórceps. Ficou sofrendo de dores lombares, que se exacerbavam nas menstruações, e sentindo peso na vagina, toda vez que fazia esforços. Sobre o passado remoto, contava que desde mocinha, a cerca de 20 anos, vem sentindo com frequência dores no meio do ventre, na região umbilical, acompanhadas de roncós; sempre foram pouco intensas e nunca havia procurado médico por causa delas. Nunca teve vômitos nem náuseas e os intestinos só a incomodaram depois do fórceps, quando passou a ter, às vezes, vontade de evacuar sem exoneração de qualquer espécie. Ciclo menstrual normal, sem cólicas. Ausência de corrimento vaginal.

O exame ginecológico mostrou um utero baixo, em retroversão móvel, com anexos não enfiados nem dolorosos e ruptura submucosa do perineo. Dada a sua condição de primípara, foi resolvida somente a correção do desvio uterino, aguardando a miórrafia do perineo para depois de futuros partos.

O exame preoperatório revelou que o tempo de coagulação era 6 minutos, o de sangramento 3 e meio minutos, a taxa de hemoglobina 60 %, a urina continha traços de albumina, raras células descamadas, raros leucócitos, várias hemácias e filamentos de muco.

Operação n.º 5.104 em 22 de outubro de 1936, no Sanatório Santa Catarina. Operador dr. Eurico Branco Ribeiro; assistente dr. João Noel von Sonnleithner. Anestesia raqueana com 3cc de Scurocaina a 5 %. Incisão de Pfannenstiel. Aberto o peritôneo, notou-se a ausência de alças delgadas no campo operatório. Verificou-se logo que o íleo estava contido num

saco fibroso, que o envolvia desde a extremidade do ceco, onde havia um anel representando a boca do saco, com cerca de 3 cm. de diâmetro, deixando sair e entrar cerca de 10 cm. da última porção ileal. Aberta a capsula por esse anel, as alças foram facilmente libertadas, ressecando-se um pedaço da membrana. Não havia aderências pélvicas nem estavam comprometidos no processo os órgãos genitais internos. Feita a apendicectomia e mergulhado no ceco o coto apendicular, foi feita uma histeropexia ligamentar pelo processo de Doleris, que pareceu o mais adequado para o caso, dada a situação baixa do utero e a rutura submucosa do perineo.

Posoperatório sem anormalidades.

O exame anatomopatológico da membrana envolvente das alças intestinais, feito pelo dr. J. B. Monteiro de Barros Neto, revelou apenas a presença de tecido gorduroso, tecido fibroso em escassa quantidade e tecido linfo-adenóide, sem dados que permitissem maiores esclarecimentos diagnósticos.

A doente foi revista em 15 de fevereiro de 1937, apresentando-se em boas condições; o utero estava em boa posição e os anexos livres, indolores. A paciente queixava-se somente das dores lombares aparecidas depois da aplicação do forcipe.

Como se vê das observações que acabamos de relatar, os nossos casos diferem profundamente entre si. O segundo apresenta a sintomatologia discreta mas suficientemente esclarecedora dos casos clássicos de larga duração não terminados na crise dramática da oclusão intestinal. O primeiro decorreu, evidentemente, de uma infecção ginecológica atenuada, semelhando alguns já registrados na literatura sobre o assunto (Varela Chilense). Nesse primeiro caso, uma laparotomia posterior mostrou o desaparecimento completo de qualquer vestígio da capsula, enquanto que assinalou a reincidência de aderência no território dos órgãos genitais internos, comprometendo algumas alças delgadas; mas nestas, na porção propriamente dependente do encapsulamento, não se tornou a formar o acolamento, aparecendo a superfície peritoneal visceral impregnada das gotículas de parafina deixadas na primeira operação e que não tiveram a virtude de evitar as novas aderências pélvicas. O que houve de comum em ambos os casos foi o fato de o diagnóstico só ter sido feito com o ventre aberto sobre a mesa operatória.

AUTORES CONSULTADOS

- ALBO (M.): "Peritonitis encapsulante", Boletim de la Soc. de Cirurgia de Montevideo, III, 216, 26 de outubro de 1932.
- BERALDI (Alberto): "Peritonitis encapsulante", Boletines de la Soc. de Cirurgia de Rosario, XI, 189, julho de 1944.
- BERNARDES DE OLIVEIRA (Antônio): "Peritonite crônica encapsulante", Revista da Associação Paulista de Medicina, VI, 287, junho de 1935.
- BLOUMENTHAL (N. L.): "Sur le diagnostic et le traitement de la peritonite fibreuse encapsulante" Sovietskaia Chirurgia, Moscou, 60, n.º 7 de 1936.

- BONNEAU (Raymond): "La Chirurgie dans la péritonite encapsulante", Revue de Chirurgie, outubro de 1933, resumido em Revista Brasileira de Cirurgia, III, 93, fevereiro de 1934.
- DONOVAN (Ricardo) e ZIMMAN (Jacobo): "Peritonitis encapsulante", Archivos Argentinos de Enfermedades del Aparato Digestivo y de la Nutricion, XIII, 565, junho-julho de 1938.
- FOTHERINGHAM (W. Tejerina) e PICENA (Juan): "Peritonitis encapsulante", La Semana Médica, Buenos Aires, XL, 1765, de 25 de maio de 1933.
- FOTHERINGHAM (W. Tejerina): "Zuckergussdarm", La Semana Médica, Buenos Aires, XL, 173, 20 de julho de 1933.
- FOTHERINGHAM (W. Tejerina): "Operaciones urgentes", El Ateneo, II, 909, Buenos Aires, 1942.
- GORSSE (P.) e ACCART (R.): "Peritonite encapsulante", Maroc Médical, XIX, 366, outubro-novembro de 1939.
- JAKOB (R.): "Sôbre peritonitis encapsulante", Archivos de la Asociación Médica del Hospital Pirovano, Buenos Aires, V, 277, maio-junho de 1937.
- LASTRA (Enrique Thwaites) e BELLO (Raul): "Peritonitis crônica encapsulante", Bol. de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires, XIII, 720, 28 de novembro de 1934.
- LENARDUZZI (G.): "Péritonite encapsulée et rayons X", Radiologia Medica XXV, 266, março de 1938, resumido em Journal de Radiologie et d'Electrologie, XXII, 343, julho de 1938.
- LOPES (C. Xavier): "Peritonite encapsulante", Brasil Cirúrgico, Rio, II, 699, agosto de 1940.
- MARMOL (Donato Gonzalez): "Peritonitis crônica fibrosa encapsulante y salpingitis tuberculosa", Rev. de Medicina y Cirurgia de la Habana, XL, 809, 30 de novembro de 1935.
- MIRAILLIÉ (Ch.): "Un cas de péritonite encapsulante", Presse Médicale, XLVI, 1152, 23 de julho de 1938.
- MORENO (Goñi): "Peritonitis crônica encapsulante", Boletim de la Academia Argentina de Cirugia, XXIV, 993, 16 de outubro de 1940.
- NICASTRO (Mario): "Peritonitis crônica encapsulante", El Día Médico, Buenos Aires, XIII, 139, 31 de março de 1941.
- PASMAN (Rodolfo): "Peritonitis capsulante", Soc. de Cirugia de Buenos Aires, XX, 592, 29 de julho de 1936.
- PASMAN (Rodolfo): "Peritonitis encapsulnte", Academia Argentina de Cirugia, XXIV, 900, 25 de setembro de 1940.
- PAVLOVSKY (Alejandro): "Abdomen agudo quirurgico", El Ateneo, II, 529, Buenos Aires, 1940.
- RAMALHO (Rodrigo): "Peritonite encapsulante " Arquivos da Sociedade de Medicina de Alagôas, V. 31, janeiro a outubro de 1942.
- USUA (José): "Peritonitis encapsulante crônica", Revista Médica de Barcelona, XXI, 494, junho de 1934.
- VARELA CHILESE (Rodolfo): "La peritonitis crônica encapsulante", Rev. Medico Quirurgica de Patologia Femenina, IX, 517, junho de 1937.
- WILMOTH (P.): "La péritonite encapsulante", La Presse Médicale, XLVI, 77, 15 de janeiro de 1938.
- ZAGARESE (Francesco): "Visceriti e Perivisceriti", Nicola Zanichelli editor 137 e 292, Bolonha, 1934.

Breves noções sobre o conceito da hemorragia uterina disfuncional

Dr. Octaviano Alves de Lima Filho

Assistente efetivo da Clínica Ginecológica da Escola Paulista de Medicina. (Serviço do Prof. J. Medina)

A finalidade destas considerações é levar aos médicos de clínica geral, noções básicas e práticas de alguns pontos principais da fisiopatologia menstrual — as hemorragias disfuncionais.

Com efeito, com as modernas aquisições da fisiologia genital da mulher, foram os horizontes da síndrome hemorrágica consideravelmente ampliados. Profunda revisão sofreu o seu conceito patogênico. Diretrizes bastante diversas orientam atualmente a sua terapêutica. Medidas conservadoras vieram afastar o bisturi de grande número de casos, enquanto em outros, foi a cirurgia proclamada recurso soberano para debelar a afecção, na vigência de sua transformação maligna. Em muitas hemorragias uterinas até há pouco tidas como resultantes de hiper-produção hormonal, as pesquisas histopatológicas vieram, ao contrário, revelar seu caráter francamente hipofuncional.

Evidentemente, o clínico geral, impossibilitado de voltar a sua atenção a questões especializadas como esta, pelas circunstâncias especiais que cercam sua atividade profissional, dificilmente poderá acompanhar a rápida evolução que se vem processando nos estudos deste interessante capítulo da fisiopatologia menstrual.

Designa-se por metrorragia, a hemorragia uterina atípica que se manifesta pelas vias genitais da mulher sem relação alguma com o ciclo menstrual.

Responde este escoamento sanguíneo uterino, contínuo, a processos patológicos os mais variados: polipos, erosões da cervix, miomas uterinos, endometrites, certos tumores do ovário, etc.

Revestido de grande valor semiológico, muita vez denuncia a existência de tumor maligno no trato genital.

Mas todas estas afecções são de natureza orgânica, cujo diagnóstico é frequentemente estabelecido pelo clínico arguto e bom conhecedor da semiótica especializada.

Bem diversa, porém, é a situação quando este se defronta com uma paciente portadora de hemorragia uterina disfuncional, isto é, de hemorragia subordinada exclusivamente a distúrbio endócrino. Não encontrará moléstia orgânica genital ou extra-genital que a explique.

Esta forma de hemorragia que tem recebido as mais variadas denominações por parte dos especialistas, é também conhecida por hemorragia uterina idiopática, essencial ou funcional.

Quer-nos parecer mais lógica a expressão hemorragia uterina *disfuncional* preconizada por GRAVES e aplicada por grande número de ginecologistas, porisso que indica a verdadeira natureza da moléstia — exclui uma causa orgânica e exprime a alteração anômala da função.

A hemorragia uterina disfuncional, pela dificuldade de diagnóstico que oferece ao clínico, pelos conhecimentos de fisiologia menstrual que requer de quem ouse interpretá-la e tratar com acerto, merece sem dúvida, algumas considerações.

Com efeito, o simples exame da doente por mais minucioso que seja, nada revela. Comprova-se integridade dos órgãos genitais. Afastada a presença de uma causa orgânica e incapaz de interpretá-la devidamente, ao clínico cabe como último recurso, apelar para a terapêutica sintomática; lançando mão inutilmente de toda sorte de medicamentos hemostáticos.

O diagnóstico exato da hemorragia disfuncional é apenas conseguido através de um recurso soberano da propedêutica ginecológica: curetagem de prova ou biopsia por aspiração. É complemento diagnóstico indispensável em todos os casos.

O exame histopatológico do material colhido informa com certeza o diagnóstico da causa da hemorragia uterina.

O quadro microscópico é diverso, o que vale dizer que a hemorragia disfuncional pode se acompanhar de vários tipos histológicos de endometrio. Todavia, manifesta sensível preferência para um deles: hiperplasia glandular.

Todo o quadro sintomatológico desta síndrome se resume em perdas sanguíneas atípicas, contínuas, sem obedecer a qualquer ritmo.

Ora sucedem elas a ciclos inteiramente normais (eumenorreicos), ora fazem seguimento a períodos mais ou menos longos de perdas sanguíneas profusas e prolongadas (hiper-menorragias), ora surgem após fase de amenorreia mais ou menos prolongada.

Para que se possa compreender a etiopatogênia da hemorragia uterina disfuncional, faz-se mister o conhecimento de noções básicas da fisiologia menstrual.

Sem estes conhecimentos elementares de fisiologia genital, estará o clínico desarmado para interpretar devidamente os achados da afecção e, por isso mesmo, errônea terá que ser sua conduta terapêutica.

Sabe-se que em condições normais o ciclo menstrual se repete cada 28 dias, com pequenas variações para mais ou para menos, no qual a mulher perde uma quantidade de sangue (100 gr. em média) que se reparte irregularmente durante um período que varia de 3 a 5 dias.

Colaboram no mecanismo fisiológico da menstruação duas glândulas endócrinas — hipófise e ovários — e o útero.

Na mucosa do útero distinguem-se duas camadas superpostas : a camada funcional, superficial, sede das alterações que se processam no decorrer do ciclo catamenial, eliminada e renovada mensalmente; a camada basal, profunda, que assegura a regeneração do endométrio após eliminação daquela no ato da menstruação.

Quatro são os hormônios que elaboram direta ou indiretamente na produção das alterações cíclicas do endométrio, de que resulta a hemorragia menstrual.

E' assim que o lobo anterior da hipófise, através os dois hormônios gonadotrópicos de maturação folicular e de luteinização, estimula no ovário respectivamente a produção de foliculina e progesterona, os quais agem sobre o endométrio.

Já durante a hemorragia menstrual, as influências hormonais se fazem sentir sobre o endométrio, no sentido de reiniciar novo ciclo.

Estimulado pelo hormônio hipofisário de maturação folicular, novo folículo ovariano entra em amadurecimento, produzindo foliculina em quantidade suficiente para cicatrizar a chaga sangrante formada na cavidade uterina pela eliminação da camada funcional.

Se a menstruação dura 3 dias — o início do catamenio marca o 1.º dia do ciclo — verifica-se que do 3.º ao 10.º dia do ciclo, o endométrio se encontra em fase de regeneração. Raras glândulas uterinas originadas pela invaginação do epitélio cúbico de revestimento estendem-se em sentido retilíneo da superfície do miométrio à superfície de endométrio. Tecido intersticial muito pobre em protoplasma, constituído quase exclusivamente por núcleos justapostos. Tal é o quadro microscópico da mucosa uterina durante este período que dura em média 7 dias e designado de fase pos-menstrual. Culmina ele com a configuração histológica normal do endométrio.

A partir do 10.º dia, o folículo continuamente estimulado pelo hormônio de maturação folicular, se vai desenvolvendo cada

vez mais, torna-se exuberante. E, evidentemente, passa a elaborar maior quantidade de foliculina.

Esta, continuando a agir sobre o endométrio, produz hipertrofia e hiperplasia de suas glândulas, que, por isso mesmo, aumentam consideravelmente de dimensões e de número. As células intersticiais se enriquecem em protoplasma, adquirem aspecto epitelial. Todavia, cumpre assinalar, não se notam ainda sinais de atividade secretoria no interior das glândulas.

Prossegue a proliferação do endométrio até que em dado momento, ao redor do 15.º dia, havendo a foliculina atingido determinada taxa de concentração no sangue, por mecanismo reversivo inibe o lobo anterior da hipófise.

Cessa, por conseguinte, a secreção do hormônio de maturação folicular que vinha assegurando a vitalidade do folículo ovariano.

Entra imediatamente em cena o hormônio hipofisário de luteinização. Este logo promove a postura ovular e, no prazo de 72 horas (FRAENKEL), a transformação do folículo roto em corpo luteo.

Todas estas alterações operadas no endométrio, notadamente no aparelho glandular, a partir do 10.º dia, e que se arrastam até o 18.º dia, determinam a fase de hiperplasia.

O conjunto das fases pos-menstrual e hiperplásica designa-se por fase de proliferação ou fase folicular.

No 18.º dia, já o corpo luteo se encontra plenamente desenvolvido, secretando além do seu hormônio específico, a progesterona, também a foliculina, esta em maior quantidade do que o próprio folículo.

Deste momento em diante, como se vê, interferem novos fatores hormonais. As alterações proliferativas do endométrio que prosseguem, próprias da foliculina, juntam-se às da progesterona.

Promove o hormônio luteo as transformações secretórias do endométrio e fá-lo no propósito único de criar ambiente propício à nidação do ovo.

Nas glândulas endometriais alongadas, contorcidas e espiraladas, porém, ainda vazias na fase de proliferação, surge agora secreção (embriotrofo) que enche sua luz e recalca o núcleo para a base das células. As células intersticiais também crescem, adquirem forma epitelóide e aproximam-se ao aspecto decidual.

Simultaneamente ocorre grande neoformação e dilatação vascular.

Estas alterações secretórias se estendem por 7 dias, isto é, prolongam-se até o 25.º dia do intermenstruo.

O endométrio se apresenta espesso, alto e suculento.

A esta 2.^a metade do ciclo que sucede a ovulação, da-se o nome de fase secretória, prostestacional ou prostestínica.

Atingido o 25.^o dia, e se o óvulo não foi fecundado, todas estas modificações ocorridas no endométrio durante as fases folicular e prostestínica, não têm mais razão de ser, uma vez que o objetivo a que foram destinadas — a prenhes — não se realizou.

E assim, por mecanismo reversivo, a prostesteron, ao atingir também determinada taxa de concentração no sangue, inibe a hipófise.

Cessa, por conseguinte, a produção do hormônio hipófisário de luteinização e, pela mesma razão, entra em regressão o corpo luteo. Consequentemente, desaparecem do cenário endócrino os hormônios por este elaborados: prostesteron e folículo.

O endométrio, ao lhe faltar o necessário estímulo ovariano, não mais se pode manter. Retirados os seus alicerces — folículo e prostesteron — ele se desmorona. Desintegra-se a sua camada superficial, a funcional, o que consome 3 dias para se realizar integralmente (25.^o ao 28.^o dia do intermenstruo), sobrevivendo a fase pre-menstrual.

Destacada a camada funcional da basal, pelas contrações uterinas é ela eliminada em fragmentos necrosados, juntamente com o sangue provindo dos capilares que se rompem. A cavidade uterina se transforma, pois, em uma verdadeira chaga, de onde jorra o sangue menstrual.

E' esta a fase menstrual propriamente dita, que dura em média de 3 a 5 dias.

Pergunta-se agora: Como se processa a parada da hemorragia menstrual?

Pela ação da folículo sobre a camada basal do endométrio.

No 25.^o dia, ao desaparecer da circulação o hormônio hipófisário de luteinização, entra novamente em cena o hormônio de maturação folicular, que imediatamente inicia o amadurecimento de novo folículo ovariano.

Este, decorridos os 3 dias da fase pre-menstrual, secreta folículo em dose suficiente para agir sobre o elemento epitelial do endométrio, isto é, sobre os fundos de saco glandulares da camada basal, que nunca se elimina na menstruação. Solicita esta a proliferar e recobrir a superfície desnuda da cavidade uterina.

Este processo de cicatrização, de epitelização, requer 3 a 5 dias para se efetuar integralmente.

E assim o ciclo se repete novamente.

De posse destas ligeiras noções de fisiologia menstrual, estará o clínico habilitado a interpretar a etiopatogênica da hemorragia disfuncional.

Pensava-se antigamente que toda hemorragia de caráter funcional proviesse de um único tipo histológico de endométrio: hiperplasia glandular cística da camada funcional.

Em outras palavras, seria sempre expressão da conhecida metropatia hemorrágica ovariana, moléstia de BRENNKE-SCHROEDER, ginecopatia que tantos estudos e polémicas suscitou.

Imperava, por conseguinte, o conceito simplista, unicista das hemorragias uterinas funcionais.

Graças porém às pesquisas mais recentes, principalmente as da escola norte-americana, que contaram com o valioso recurso da biopsia do endométrio, sabe-se hoje que a hemorragia disfuncional pode ocorrer em endométrios exibindo os mais variados quadros histológicos: hiperplasia glandular cística mais ou menos intensa, alterações secretórias ou progesteronais e até sinais de franca atrofia.

Todavia, o achado mais frequente na hemorragia uterina disfuncional parece ser dado pela hiperplasia do endométrio.

Esquemáticamente, podemos considerar duas formas clínicas de hemorragia uterina disfuncional:

- 1) Forma hiperfuncional (hiperfolicular).
- 2) Forma hipofuncional (hipofolicular).

Na hemorragia uterina hiperfuncional, hiperfolicular, como bem indica o seu nome, ocorre produção exagerada de foliculina, há um estado de hiperfoliculinemia.

Nesta forma, podemos incluir duas variedades de hemorragia. É assim que se o crescimento do endométrio se faz para dentro, em direção à cavidade uterina, como devesa, tem-se a forma *endofítica*; se o faz para fora, em direção ao miométrio adjacente, contrariando as normas fisiológicas, tem-se a forma *exofítica*.

Estas duas modalidades de hemorragia hiperfuncional, conquanto pareçam filiadas à mesma causa etiológica, exigem interpretação e conduta terapêutica inteiramente diversas.

I — HEMORRAGIA UTERINA HIPERFUNCIONAL ENDOFÍTICA

Diz respeito, sem dúvida, à modalidade mais expressiva de hemorragia uterina disfuncional — a metropatia hemorrágica ovariana, de há muito conhecida pelos nomes de Metrite crônica idiopática (FRITSCH e SCANZONI), doença de BRENNKE-SCHROEDER, Endometrite glandular hipertrófica ou hiperplásica (OLSHAUSEN, SCANZONI), etc.

A escola de SCHROEDER e de RUNGE deve-se a maior e mais valiosa contribuição para esclarecer a etiopatogênica desta afecção.

Esta forma de hemorragia disfuncional é observada com mais frequência em mulheres próximas da menopausa, embora possa também ocorrer na puberdade e no menácrme.

Perdas sanguíneas irregulares mais ou menos profusas, frequentemente acompanhadas da eliminação de coágulos e se prolongando por um período de tempo mais ou menos longo, constituem na grande maioria dos casos, o sintoma único que conduz a paciente ao médico.

Este nada constata ao exame pélvico-genital.

Ao espírito do ginecologista logo acode a possibilidade de se tratar da hemorragia disfuncional. Se hiper ou hipofuncional, se da variedade endo ou exofítica, cumpre aguardar o resultado do exame histológico do material colhido pela curetagem de prova.

Se o laboratório informa tratar-se de uma *hiperplasia glandular cística* da camada funcional do endométrio, o diagnóstico de hemorragia uterina disfuncional, forma hiperfuncional, variedade endofítica se impõe.

O quadro microscópico é típico: as glândulas da mucosa uterina apresentam-se muito dilatadas e císticas, invaginadas, com pluri-estratificação de seu epitélio. (Fig. 1).

Esta dilatação cística das glândulas endometriais, quando típica, toma o aspecto de "queijo suíço" descrito por EMIL NOVAK. (Fig. 2).

Quando esta hiperplasia é muito acentuada, pode adquirir a forma polipóide.

Um fato digno de nota é que não se notam transformações secretórias no endométrio, peculiares ao hormônio luteo.

As alterações acima descritas, como se vê, representam um exagêro das modificações proliferativas, hiperplásicas próprias da primeira fase do ciclo menstrual e subordinadas ao hormônio folicular.

Já por ocasião da curetagem, muita vez o especialista diagnóstica o mal, ao verificar que a cureta remove tiras de mucosa. O material é abundante.

Como explicar a etiopatogênica desta afecção?

Tende-se atualmente a admitir um estado hiperfuncional da hipófise, que passa a secretar excesso de hormônio de maturação folicular. E, por conseguinte, o folículo maduro, ao redor do 15.º dia do intermenstruo não consegue inibir as células hipofisárias que secretam este hormônio, porisso que a hipófise se encontra em hiperfunção. Ele, portanto, não se rompe. Prossegue no seu crescimento, lançando ininterruptamente na circulação o seu hormônio, a foliculina.

Ora, não ocorrendo ovulação e formação de corpo luteo, o que exige a presença do hormônio hipofisário de luteinização folicular, o qual só é secretado depois que cessa a produção do hormônio de maturação folicular, evidentemente, logo se desprende das noções de fisiologia menstrual, o endométrio não exhibe transformações secretórias, progestínicas, subordinadas ao hormônio luteo, mas, tão somente, modificações proliferativas, hiperplásicas, da alçada exclusiva da foliculina.



Fig. 1

Aspecto do endométrio em um caso de hemorragia hiperfuncional endofítica. Nota-se nítida hiperplasia glandular cística da camada funcional. (Caso observado pelo A. na Clínica Ginecológica da Escola Paulista de Medicina).

E esta proliferação do endométrio se vai acentuando cada vez mais, as alterações hiperplásicas atingem o auge, até que finalmente as glândulas entram em degeneração cística, por conta da foliculina secretada em excesso.

Pelo crescimento exagerado, o endométrio adquire aspecto fungóide ou polipóide, faz saliência na cavidade uterina, tal qual um corpo estranho.

E não é por outra razão que o útero entra em contrações, procurando eliminá-lo.

Dos atritos e compressões mecânicas que experimentam os pontos mais salientes da mucosa hiperplasiada, afirma RUNGE, resultam transtornos circulatórios com formação de áreas necróticas. Das chagas resultantes escoo o sangue e dá-se a metrorragia.

Tratamento. — Varia com inúmeros fatores, mas principalmente com a idade da paciente. Em todos os casos, é obvio assinalar, deve inspirar-se na etio-patogênica da afecção.

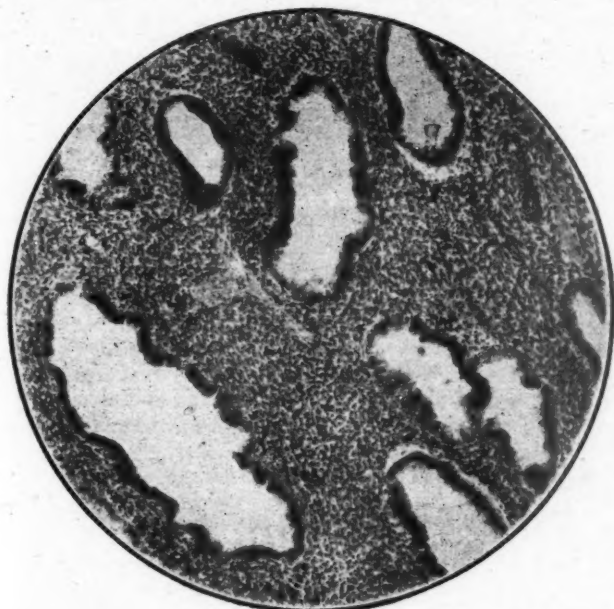


Fig. 2

Outro aspecto do endométrio na hemorragia hiperfuncional endofítica. Observa-se marcada hiperplasia com glândulas em franca dilatação cística (aspecto de queijo suíço). (Mesmo caso da figura anterior).

Tratando-se de uma disfunção hipofiso-ovariana, em que há persistência de folículos que não se rompem, é a conduta conservadora que deve nortear o seu tratamento.

A hormonioterapia proporciona resultados seguros em grande número de casos, e por isso mesmo, deve ser sempre ensaiada.

Póde-se recorrer à gonadotropina corionica (Prolan B), à progesterona, ao hormônio masculino, à tiroxina, etc.

O uso da gonadotropina corionica decorre de sua ação nitidamente luteinizante, pois é ela que excita a função do corpo luteo gravídico.

A sua aplicação na hemorragia uterina hiperfuncional endofítica visa, pois, substituir o hormônio hipofisário de luteinização folicular em falta, e transformar o folículo cístico causador da hemorragia em corpo luteo. Devido ao antagonismo existente entre os dois hormônios gonadotrópicos da hipófise, cessa a produção do hormônio de maturação folicular até então secretado em excesso.

Ocorrendo luteinização do folículo, haverá produção de progesterona e, conseqüentemente, transformação secretória do endométrio.

A gonadotropina corionica se encontra no mercado com os nomes de Apoidin "Parke Davis", Prolan "Bayer", Foluteina "Squibb", Pregnyl "Organon", Hormônio gonadotropico "Silva Araújo-Roussell", etc.

A dose a se empregar varia de 100 a 200 unidades diariamente.

O emprego muito difundido da progesterona isolada, na dose de 5 a 10 miligramas diariamente, representa mera terapêutica substitutiva, visto agir apenas sobre o endométrio, procurando promover a sua transformação secretória. Não interfere na provável causa da ginecopatia — hiperfunção hipofisária.

Entre nós, esta terapêutica pelo hormônio luteo tem frassado.

Em mulheres chegadas ao período climatérico, o médico poderá recorrer ao hormônio masculino (Testosterona): Testoviron "Schering", Perandren "Ciba", Sterandryl "Silva Araújo-Roussell", Neo-hombreol "Organon", etc., na dose de 10 a 25 miligramas cada 2 a 3 dias. Aqui, a testosterona age inibindo a atividade hipofisária.

A medicação pela tiroxina, como adjuvante, poderá ser de valor nos casos com sintomas de hipotireoidismo ou com valores do metabolismo basal abaixo do normal.

Outro recurso de inestimável valor para debelar a hemorragia hiperfuncional, é a radioterapia estimulante hipofiso-ovariana (Reiz Dosis dos autores alemães) que encontra a sua grande aplicação em pacientes no período do menacme. Pode também ser empregada na puberdade, porém, com grande precaução.

Nas pacientes no período do climatério, proximas da menopausa, melhor será recorrer à castração radiológica bilateral definitiva.

Para os casos muito graves e rebeldes em pacientes moças, pode-se ainda lançar mão, aliás, com grande precaução, da castração radiológica temporária por 3, 4, 5 e 6 meses.

A amenorréia vai melhorar as condições gerais da doente, auxiliando a combater a anemia tão comum nestas doentes.

II — HEMORRAGIA UTERINA HIPERFUNCIONAL EXOFITICA

A sua etiologia parece ser a mesma: superprodução de foliculina.

Nesta variedade, porém, há uma inversão das condições fisiológicas, porisso que o crescimento do endométrio não se realiza na camada funcional, em sentido endofítico, isto é, em direção à cavidade uterina. Fá-lo, sim, na camada basal e em sentido inverso, de dentro para fora, em direção ao miométrio; a hiperplasia é exofítica.

Ora, fácil de compreender a causa da metrorragia.

Se a camada basal estimulada pela foliculina cresce em sentido inverso, não poderá haver cicatrização da chaga uterina formada pelo destacamento e eliminação da camada funcional. Esta, evidentemente, não se regenera, e, por conseguinte, não cessa a hemorragia.

Por esse mesmo mecanismo patogênico, compreende-se também porque a curetagem não fornece material, que, ao contrário, é abundante na variedade endofítica.

Incide a metrorragia hiperfuncional exofítica preferentemente em mulheres próximas à menopausa.

Pela hiperplasia da camada basal, o endométrio invade a musculatura uterina, busca passagem entre as fibras miométriais, constituindo a primeira fase evolutiva da endometriose interna (mucosa-adenomiose de FRANKL ou adenomiose interna de ALBRECHT).

Desenvolve-se no miométrio um verdadeiro adenoma, cuja propensão para se transformar em adenocarcinoma é bastante conhecida.

E não é por outra razão que a hiperplasia basal do endométrio merece ser encarada como o pre-câncer do corpo do útero.

De fato, o exame histológico do endométrio nos casos de carcinoma do corpo do útero, revela também muitas vezes extensas áreas de hiperplasia basal.

Desde o desenvolvimento fetal até mais ou menos a idade dos 35 anos, o limite entre o endo e o miométrio é nítido, marcado por uma linha retilínea.

Acima daquela idade, porém, não é tão precisa a separação das capas muscular e mucosa do útero. Em pontos diversos, observam-se esboços de penetração, pequenas reintrancias ou cunhas superficiais do endométrio na camada muscular adjacente.

Isto, porém, constitui um fato inteiramente fisiológico (ROBERT MEYER, EMIL NOVAK).

A dificuldade está em se saber até que limite estas invaginações endometriais no miométrio (endométrio agressivo ou infiltrante de FRAENKEL) podem ser consideradas como normais, fisiológicas, e quando devam ser rotuladas de patológicas, constituindo a verdadeira endometriose interna.

O Prof. FRAENKEL de Breslau,, atualmente trabalhando no Hospital Pasteur, de Montevidéu, já há algum tempo vem se dedicando a este estudo.

Utilizando-se de uma cureta rija, cortante e fortemente recurvada na alça, poudé praticar em grande número de casos de meno-metrorragias, a chamada "biopsia mio-endometrial", que permite recolher além de mucosa, também uma faixa de tecido muscular.

Mercê deste recurso propedêutico, teve o Mestre germânico ocasião de estabelecer muitas vezes o diagnóstico pré-operatório de endometriose interna, ginecopia geralmente de achado cirúrgico.

Em muitos desses casos comprovou endométrio infiltrante não só ao nível do fóco de endometriose, como também em zonas distantes do miométrio.

A curetagem de prova serve para distinguir a variedade endofítica da exofítica. Com efeito, nesta, não se obtem material, que, ao contrário, é abundante naquela.

Todavia, a distinção com a hemorragia hipofuncional já se cerca de maiores dificuldades, como adiante veremos, visto que em ambas, a cura não remove material.

Pode-se então apelar para a dosagem de foliculina no sangue (teste de GOLDBERGER-FRANK). Será este hormônio revelado em grande quantidade na hemorragia exofítica e ausente ou deficitário na hemorragia hipofuncional.

Também a biopsia mio-endometrial poderá estabelecer a distinção. Na variedade exofítica, o exame histológico do material colhido identificará a hiperplasia glandular cística da camada basal, com invasão do miométrio. Na forma hipofuncional, comprovará endométrio atrófico.

A idade, até certo ponto, poderá orientar o médico no diagnóstico. Se a paciente se encontra próxima à menopausa, provavelmente se trata de hiperplasia basal; se jovem, possivelmente de hemorragia hipofuncional.

Tratamento. — Em se tratando de uma afecção que costuma incidir em mulheres acima dos 40 anos e atendendo à sua tendência pró-carcinomatosa, a conduta terapêutica, bem diversa da variedade endofítica, deve ser decisiva e radical: histerectomia subtotal por via abdominal ou histerectomia total por via vaginal.

Como vaginalista que deve ser, o ginecologista, sempre que pode, opta pela histerectomia vaginal, tão eficiente e menos chocante que a praticada por via alta.

Agindo desta forma, o médico tranquilizará seu espírito, visto que acobertará a doente da metrorragia e, o que não deixa de ser menos importante, de um provável carcinoma do corpo uterino.



Fig. 3

Aspecto do endométrio em um caso de hemorragia hiperfuncional exofítica. Observa-se marcada hiperplasia da camada basal. As glândulas invadem a camada muscular (miométrio) adjacente. (Caso observado pelo A. na Clínica Ginecológica da Escola Paulista de Medicina).

Na Clínica Ginecológica da Escola Paulista de Medicina, serviço do Prof. José Medina, onde somos assistente, tivemos oportunidade de observar vários casos de hiperplasia basal do endométrio, um deles, porém, típico, dando-nos uma idéia exata das lesões histopatológicas que acompanham esta afecção.

Trata-se de C. A., com 35 anos, branca, casada, doméstica, brasileira, residente na Capital, que deu entrada na Enfermaria de Ginecologia do Hospital São Paulo em 13 de Março de 1943, com história clínica de meno-metrorragias datando de um ano.

Esta paciente foi submetida à histerectomia sub-total mais anexectomia direita, por havermos também encontrado um cisto no ovário direito.

O exame histopatológico do material operatório (útero e cisto do ovário) efetuado no Departamento de Anatomia Patológica da Escola Paulista de Medicina, sob a direção do Prof. MOACYR DE FREITAS AMORIM, revelou:



Fig. 4

Outro aspecto da hiperplasia basal do endométrio. (Mesmo caso da fig. anterior).

Resultado do exame microscópico (E. 57 — Nr. 57 — 1943).

"Cisto folicular do ovário. Corpo fibroso cístico. Vários corpos albicantes. Hiperplasia basal da mucosa uterina de grau assás marcado".

(a) Prof. M. de Freitas Amorim

Como se vê, neste caso, o quadro histopatológico da ginecopia apresentou-se completo.

No ovário foi encontrado um cisto de natureza folicular (fig. 5), provavelmente o reponsável pelo quadro da hiperplasia basal por super-produção de foliculina.

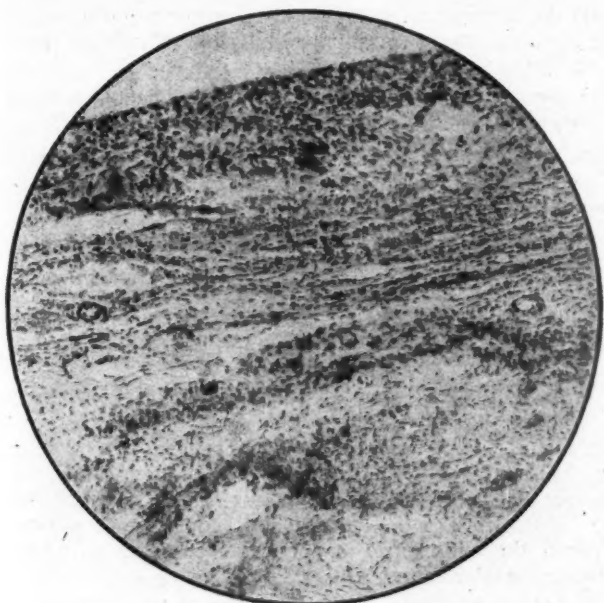


Fig. 5

Aspecto da parede do cisto folicular removido da paciente com hiperplasia da camada basal do endométrio.

Para o lado do útero, o exame revelou intensa hiperplasia da camada basal do endométrio, como se pode ver muito bem comprovado nas microfotografias das figuras ns. 3 e 4.

III — HEMORRAGIA UTERINA HIPOFUNCIONAL OU HIPOFOLICULAR

Em contraposição às duas variedades descritas, hiperfuncionais, hiperfoliculínicas, nesta forma de hemorragia disfuncional, as perdas sanguíneas correm por conta da carência do hormônio folicular (hipofoliculinemia).

Incide com mais frequência na época da puberdade, constituindo segundo a antiga classificação de SCHROEDER, a forma juvenil da metropatia hemorrágica ovariana.

E' fácil explicar o mecanismo da hemorragia hipofuncional. Para tanto, basta recorrer às noções de fisiologia menstrual.

Se há falta ou deficiência de foliculina, não cicatriza a carga menstrual da cavidade uterina, não se regenera a camada

funcional do endométrio, porisso que a camada basal não recebe do folículo ovariano o necessário estímulo hormonal para realizar esta função.

Por conseguinte, o raspado de prova pouco ou nenhum material fornece, visto não haver crescimento da mucosa uterina.

Esta se apresenta atrófica, com raras e pequenas glândulas, muito se assemelhando ao quadro do endométrio no início da fase pos-menstrual.

Reflete nitidamente um estado de insuficiência ovariana do tipo folicular.

Na eventualidade da cureta não remover material algum, é possível a confusão com a hemorragia hiperfuncional exofítica.

Já vimos os meios que dispomos para distingui-las.

Tratamento. — E' simples e quase sempre coroado de sucesso. Satisfaz cliente e médico. Como há nestes casos um estado de insuficiência ovariana, com deficiência de foliculina, recorre-se ao emprego deste hormônio, preferentemente sob a forma de benzoato de estradiol por via parenteral, na dose de 10.000 U. B. I. Agindo desta forma, consegue-se promover a proliferação do endométrio e, por isso mesmo, a cicatrização da camada basal sangrante.

Não raras vezes, com uma única ampôla de foliculina, consegue-se estancar em poucas horas, hemorragia intensa de longa data.

A administração de foliculina pode também servir para distinguir a hemorragia hipofuncional da hemorragia hiperfuncional (prova terapêutica).

Evidentemente, tratando-se de hemorragia por hipofunção folicular, quase sempre se consegue estancar ou diminuir consideravelmente a perda sanguínea mediante uma única injeção daquele hormônio.

Se, pelo contrário, a hemorragia se acentuar com esta prova terapêutica, a conclusão só pode ser uma: hemorragia uterina disfuncional por hiperfunção folicular, da variedade endo ou exofítica.

Para os casos mais rebeldes de insuficiência ovariana, que suspeitamos ser secundária a uma insuficiência hipofisária, o arsenal terapêutico ginecológico conta ainda com o inestimável concurso da radioterapia estimulante da hipófise e dos ovários que dia após dia mais se generaliza.

Não podemos terminar estes ligeiros comentários sobre tão importante capítulo das doenças genitais da mulher, qual seja o das hemorragias uterinas disfuncionais, sem render uma justa homenagem aos nossos eminentes Mestres, professores JOSÉ ME-

DINA e SYLLA O. MATOS, que foram os primeiros entre nós a descrever esta nova modalidade de hemorragia disfuncional por hipofunção folicular e aconselhar a terapêutica das hemorragias uterinas funcionais pela foliculina.

E' mais uma brilhante conquista da escola ginecológica paulista.

PHILERGON = FORTIFICA
DE FATO

**TRATAMENTO ESPECÍFICO
CONTRA AS DISENTERIAS**

CAROBINASE

**DISENTERIAS AGUDAS OU CRÔNICAS
PRODUZIDAS POR AMÉBAS, GIÁRDIAS E
OUTROS PROTOZOÁRIOS INTESTINAIS**

**INFECÇÕES, FERMENTAÇÕES E
INTOXICAÇÕES INTESTINAIS**

**COLITES, ENTERITES E
DIARREIAS EM GERAL**

**EFEITO RÁPIDO NAS CÓLICAS E PUXOS
NENHUMA TOXIDEX**

INSTITUTO QUIMICO PAULISTA LTDA.

Rua Sergipe, nº. 132 — Caixa Postal, 2575 — São Paulo

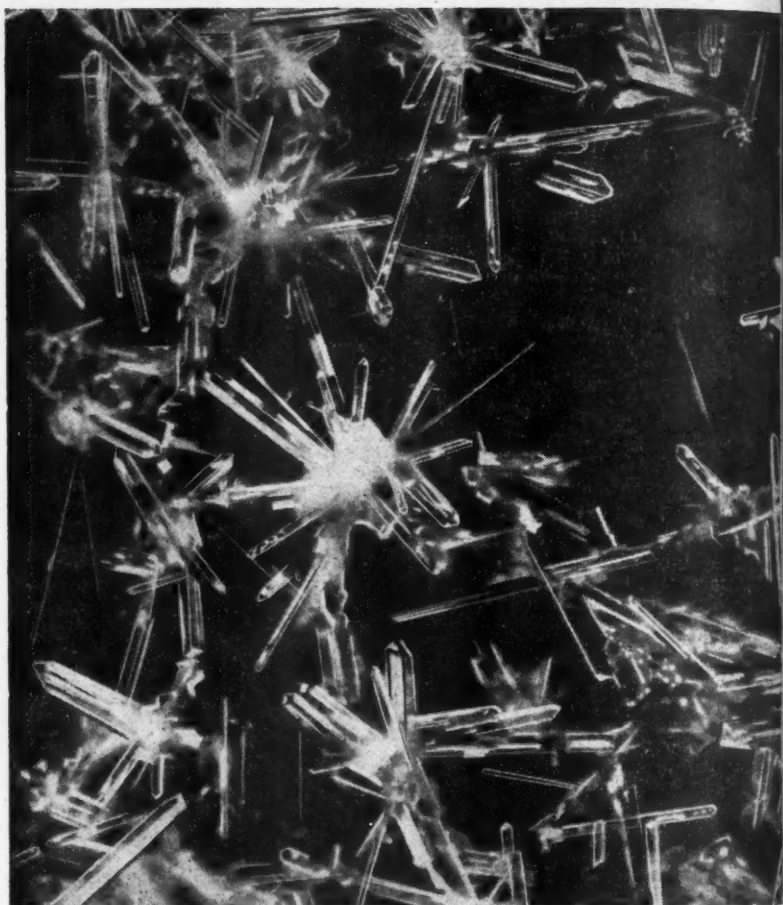
CLINICA ROENTGEN

RADIODIAGNÓSTICO

Exames radiológicos em domicílio

★ **Dr. Raphael de Lima Filho
Pedro Cabello Campos**

Av. Brigadeiro Luiz Antônio, 644 ★ Fone 2-5831 ★ São Paulo



CRISTAIS DE ALCACHOFRA obtidos pelo Laboratório XAVIER

VENO-CHOLFIG

Princípio cristalizado da alcachofra (cinarina). 0,100
 Água tridestilada q. s. p. 5cm³

Vitamina B₁ - 3.300 u. i. 0,010
 Vitamina C - 1.000 u. i. 0,050

Caixas de 6 ampolas de 5 cm³ — VIA ENDOVENOSA

INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA E RENAL — OLIGURIA — PRÉ E POST OPERATÓRIO —
 INTOXICAÇÕES VARIAS — ICTERICIAS — VÔMITOS DA GRAVIDEZ

LABORATÓRIO XAVIER
JOÃO GOMES XAVIER & CIA. LTDA.

Consultor Científico: Prof. Dr. DORIVAL DA FONSECA RIBEIRO

Rua Tamandaré, 553

SÃO PAULO

Caixa Postal, 3121

Considerações em torno do cancro venéreo simples e seu tratamento

Ddo. Jacob Kitover

*Interno da 1.ª Clínica Cirúrgica e Ginecológica — Hospital Pedro II
(Serviço do Prof. Romero Marques) — Recife-Pernambuco*

CONSIDERAÇÕES GERAIS

O cancro venéreo simples, também chamado cancro mole, úlcera de Ducrey ou cancroide, é uma infecção local, antônoma e contagiosa. É uma lesão ulcerosa de natureza venérea e geralmente múltipla. Aparece e se desenvolve no ponto inoculado e nas suas visinhanças. O cancro mole reage sobre os linfáticos e principalmente sobre os gânglios, dando a adenite ou bubão em cujo pús, também se encontra o germe que gerou o cancro. Esta infecção é produzida pelo estrepto-bacilo de Ducrey (*Hemophilus ducreii*).

O cancro pôde ser inoculado no macaco e dificilmente no coelho. A inoculação no macaco foi conseguida por Ch. Nicolle em 1889.

Este mal se transmite de indivíduo para indivíduo com muita facilidade, pela penetração do germe por uma solução de continuidade da pele, o que pôde ocorrer durante o ato sexual. O cancro mole é encontrado mais frequentemente no homem do que na mulher; isso talvez devido a uma única mulher infectar inúmeros homens. Durante o ano de 1944, no serviço em que trabalhamos, não tivemos sequer 5 casos deste mal em doentes do sexo feminino, ao passo que, em doentes do sexo masculino tivemos perto de 50 casos.

O bacilo de Ducrey pôde ser encontrado em órgãos genitais de convalescentes, como o tem provado Ravaut.

Segundo Ricord: "O cancro mole é à mais venérea das moléstias venéreas".

ESTUDO CLÍNICO

O cancro venéreo simples aparece de preferência nos órgãos genitais. No homem, localiza-se principalmente no sulco balano-prepucial, no freio e suas visinhanças e na folha interna

do prepúcio. Na mulher, geralmente nos grandes lábios, comisura posterior, períneo e anus. O cancro mole pôde ser também extra-genital, por ser facilmente reinoculavel. O próprio doente no ato de tocar na lesão, pôde infectar um dedo onde haja solução de continuidade, ou mesmo levar o pús descuidadamente para outra região qualquer, infectando-a assim.

Em nossos doentes não tivemos a oportunidade de observar até agora um caso extra-genital. Marcial I Quiroga diz que os pacientes notam a lesão e procuram o médico depois do 3.º ou 4.º dia do coito infectante. Os nossos doentes, infelizmente só procuraram o hospital, depois de terem verificado que os métodos caseiros não deram resultados, e raramente antes de 15 dias ou mais, depois do coito infectante, já com complicações, como sejam, fimose e parafimose, e quasi sempre com múltiplos cancros. O cancro mole começa por uma vésico-pústula, circundada por uma auréola inflamatória. Depois de desprendida a cápsula da vesícula, geralmente no 2.º ou 3.º dia, notamos uma ulceração crateriforme onde se encontra abundante supuração provida de bacilos, que concorrem para a formação de novas ulcerações.

Em seu período de estado, êle se apresenta sob a forma de uma lesão ulcerosa, que mede entre alguns milímetros a um centímetro de diâmetro. Esta ulceração é de forma redonda ou oval, de fundo raso, irregular e acinzentado, supurante (abundante secreção purulenta), bordos descolados, talhados a pique, doloroso ao toque e sangrando com muita facilidade ao exame. A base é mole e edematosa (podendo tornar-se dura pela aplicação de cáusticos, como por exemplo, o nitrato de prata) e tem a tendência a multiplicar-se indefinidamente. E' por isso que Ricord diz: "O cancro mole vive em família e cercado de seus filhos".

O cancro mole desde o começo é supurante, sendo o pús de cor amarelo-esverdeada. Muitas vêzes notamos sangue misturado com o pús, porque o doente não suporta o prurido e se coça fazendo com que os bordos sangrem. Um dos sintomas mais característicos, e que levam o doente a procurar o hospital, é a dôr, que pode ser espontânea, como também provocada pelo contato dos dedos ou pelo atrito com a roupa.

O cancro mole pela cauterisação com o nitrato de prata, tintura de iôdo etc. pôde ficar endurecido, originando confusão no diagnóstico diferencial com o cancro duro. Portanto, devemos dar muito valor ao interrogatório do doente, o qual nos poderá esclarecer.

O cancro mole tem preferência pela pele e semi-mucosas. Quando se instala no orificio prepúcial e sendo êste comprido, produz uma fimose cancrosa irreductível. Pela inoculação sucessiva pôde dar a formação de uma corôa de cancros, o que veremos em algumas observações que vamos apresentar mais adiante.

A localização extra-genital é muito rara como por exemplo nos dedos da mão, como acidente profissional ou como auto-inoculação, na extremidade cefálica, mucosa bucal etc.

A coexistência numa lesão única de um cancro mole e de um cancro sifilítico (duro), foi descrita pela primeira vez por Rollet em 1859 e foi denominado cancro misto. Ambos os germes podem ter sido contraídos ao mesmo tempo e neste caso veremos primeiro a formação de um cancro mole e 15 a 25 dias depois, haverá uma modificação; o fundo da lesão tende a ficar limpo e eleva-se até alcançar os bordos aos quais adere; a base fica infiltrada e em seguida os gânglios de uma ou ambas as regiões inguinais, se engorgitam e tomam os caracteres de autêntica macro-poliadenopatia aflegmática dos cancros sifilíticos.

A adenite não acompanha constantemente o cancro mole; no cancro duro porém é tão constante que Ricord diz: "a adenopatia acompanha o cancro duro como a sombra o indivíduo".

O cancro mole não tratado de início e em doentes de pouco asseio pôde trazer complicações locais e à distância ou linfáticas.

Entre as complicações locais temos: fimose, parafimose, destruição do freio seguido de hemorragias, fagedenismo e gangrena. Entre os nossos doentes encontramos as seguintes complicações frequentemente: fimose, em menor número: parafimose, destruição do freio raramente.

Nunca tivemos a oportunidade de observar um caso de gangrena e somente uma vez tivemos um caso de fagedenismo terebrante. Complicação a distância ou linfatização: linfites, bubão, ulceração do bubão e seu fagedenismo.

A fimose cancrosa se estabelece em consequência da infiltração peri-cancrosa muitas vezes de uma corôa de cancros, no orifício prepúcial, impedindo assim a exteriorização da glândula. Quando o prepúcio se acha rebatido para trás do sulco bálano-prepucial e se edemacia devido a inflamação peri-cancrosa temos a parafimose inflamatória. Na parafimose há também a formação de um anel constritor que traz fortes dores ao paciente dificultando-lhe ainda a micção. Si não se faz uma intervenção a tempo, o anel constritor pôde produzir uma isquemia completa.

Nesses casos os perigos de fagedenismo e gangrena são maiores. O fagedenismo pôde ser: serpiginoso (limita-se aos planos superficiais e a lesão tem os bordos irregulares) ou terebrantes — (determinam lesões superficiais ou profundas). Há 3 anos passados, num doente por nós operado de fimose inflamatória, verificámos a destruição completa da glândula até uns 2 milímetros para diante do sulco bálano-prepucial; provavelmente consequência de fagedenismo terebrante em vias de cicatrização, pois, o doente submeteu-se a tratamento médico antes da operação.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

<i>Cancro duro</i>	<i>Cancro mole</i>
Incubação longa (15-30 dias)	Não há inc. e quando existe é curta.
Geralmente único. Não há pús, apenas exsudação serosa.	Geralmente múltiplo e confluyente. Há supuração abundante.
Não há dor e não sangra facilmente ao toque.	Doloroso ao toque, sangrando com facilidade.
Exsulfuração de base dura, fundo liso, úmido, de cor vermelhoscuro (cor de tecido muscular) bordos talhados em rampa e não se descolam.	Ulceração de base mole, fundo irregular, supurado, bordos talhados a pique e geralmente descolados.
Adenopatia em fila (pleiade de Ricord) indolor e não inflamatória.	Adenite mono-ganglionar, dolorosa inflamatória.
Treponema presente na lesão.	Bacilo de Ducrey.
Reação de Wasserman positiva.	Intradermo reação de Ito-Reenstierna.

Para diagnóstico diferencial com a moléstia de Nicollas Favre, basta sabermos que nesta última eventualidade, o tempo de incubação é de 10 a 15 dias, a lesão inicial é mal conhecida e fugaz, passando despercebida e a manifestação principal é a linfadenite típica. Temos ainda a reação de Frei específica desta doença. (Publicações Médicas, 1942 — Cancro Venéreo Simples — Murilo W. Niemeyer).

O diagnóstico pôde ser feito pelo estudo clínico da lesão (na maioria dos casos só pelo aspecto clínico podemos fazer o diagnóstico do cancro mole); pelo exame bacterioscópico e pela reação de Ito-Reenstierna.

Diagnóstico Clínico: — temos os seguintes elementos que nos facilitam o diagnóstico: tempo de incubação, tendência a multiplicar-se, caráter doloroso, preferência pela pele e seu raro desenvolvimento nas mucosas, abundante secreção purulenta, fundo raso, bordos descolados e talhados a pique com tendência a sangrar. Quando é recente e circundado por uma auréola avermelhada. Sendo o tecido conjuntivo mais facilmente destruído

que a mucosa, vêmo-lo desprender-se do resto da lesão, ficando assim os bordos descolados.

Diagnóstico Bacterioscópico: — é feito pela pesquisa do bacilo de Ducrey, no pús do cancro mole ou no bulbo, pelo exame direto, ou pela cultura em meios especiais.

Intradermo reação: (Ito-Reenstierna) — feita com emulsão de culturas mortas. Escolhe-se de preferência a face anterior do antebraço. As reações positivas manifestam-se de 24-48 horas por uma pápula vermelha rodeada de uma auréola eritematosa. A auréola pôde, em caso positivo, desaparecer depois de 48 horas, porém, sempre persiste o elemento papuloso como sinal evidente de positividade. Esta reação permite realizar também um diagnóstico retrospectivo.

O cancro mole não confere imunidade. Um indivíduo pôde ser portador desta afecção por várias vezes.

Tratamento local: — banhos quentes locais com solução de oxianureto de mercúrio ou permanganato de potássio a 0,50/1000 três vezes ao dia. Também se faz uso de tintura de iodo, cloreto de zinco a 1/10, nitrato de prata e ácido fênico, porém, tem o inconveniente de serem muito dolorosas, endurecendo o cancro. A sulfanilamida em pó e a vacina local (pomada) também têm sido utilizadas. Para o tratamento local, fizemos uso de banhos quentes de oxianureto de mercúrio a 0,50/1000, três vezes ao dia durante 15/20 minutos ou mesmo meia hora, afim de diminuir o processo inflamatório.

Lançamos mão ainda, como tratamento adjuvante (isto é, além da vacina intravenosa), a aplicação de sulfanilamida em pó e observamos que a cura se tornava mais rápida do que nos doentes em que não aplicávamos a sulfanilamida. Não fizemos uso de vacina local simplesmente por nos faltar no momento e os doentes na totalidade não poderem comprá-la.

Na maioria dos casos porém praticamos a limpeza local com uma solução de permanganato de potássio e em seguida aplicamos mercúrio crômo a 3 %, sendo êste tratamento adjuvante muito satisfatório.

Vacinoterapia: — foi usada pela primeira vez por Ito com emulsão bacilar, porém as reações violentas verificadas com as injeções subcutâneas, fizeram com que arrefecesse o entusiasmo pela vacinação. Nicholle e Durand preconizaram o uso da vacina intravenosa e verificaram a vantagem desta via. Desde então usa-se a via intravenosa com grandes vantagens.

Verificamos que a terepêutica fundamental do cancro venéreo simples é a vacinoterapia. Se o doente se nos apresenta com a lesão inicial, a cura é rápida, bastando às vèzes uma só dóse. Além da vacinoterapia, o tratamento local adjuvante é de

grande valor. A lesão deve ser coberta com gase esterilizada para evitar a reinoculação que é tão frequente nas lesões expostas. Nos doentes de prepúcio comprido e de difícil redução, as complicações são maiores, o mesmo sucedendo aos doentes de pouco asseio. Verificamos que a maioria dos pacientes não atribue grande importância ao cancro propriamente dito e sim aos sintomas dêle decorrentes como dôr, dificuldade à micção, e principalmente complicações: fimose e parafimose.

As reações febris variam de indivíduo para indivíduo de acordo com a sua sensibilidade, uns sentindo necessidade de recolherem-se ao leito dada a hipertermia e outros porém, continuando as suas atividades quotidianas pois acusam ligeira fraqueza geral. Em todos os casos porém, a ação terapêutica se manifesta pela cura.

OBSERVAÇÕES

Vacinoterapia

Ficha n.º 5922.

Nome: M. R. G. Sexo masculino. Côr: parda. Idade: 20 anos.

Estado civil: solteiro, Naturalidade: pernambucano. Profissão: garçon.

Entrada: 11-9-44. Residência: Varzea.

H. da doença atual: — Doente há um mês. Conta que depois de um coito suspeito, apareceu-lhe uma pequena ferida no prepúcio ficando este edemaciado.

Exame: — prepúcio edemaciado, com rubefação e hipertermia, notando-se ao nível do bordo do orifício prepúcial, uma pequena ulceração em forma e crescente, com abundante secreção purulenta, fundo raso, bordos talhados a pique sangrando com muita facilidade e doloroso ao toque.

Diagnóstico: — fimose inflamatória e cancro venéreo simples.

Tratamento: — banhos quentes com oxianureto de mercúrio a 0,50/1000, 3 vezes ao dia durante vários dias.

Vacinoterapia: 5 doses de Termogênio aplicadas em dias alternados. Depois da 5.ª dose houve a cicatrização completa da úlcera. O doente não requeixou de reação febril forte, não abandonou o seu trabalho, sentiu-se apenas mole (sic).

Prostectomia em 25-9-1944. Verificamos então a existência de algumas pequenas zonas cicatriciais na folha interna do prepúcio, provavelmente provenientes da cura de ulcerações canceróides, que não podiam ser vistas antes devido a irredutibilidade do prepúcio.

Ficha n.º 5951.

Nome: J. G. S. Sexo: masculino. Estado civil: solteiro. Naturalidade: pernambucano. Idade: 22 anos. Profissão: ambulante. Residência: Agua Fria. Entrada: 19-9-44.

H. da doença atual: — Doente há 15 dias. Refere o paciente que sentiu no pênis grande prurido, que com o tempo transformou-se em feridas (sic) que supuraram. Procurou este serviço porque as feridas aumen-

taram continuando a supuração. Remédios caseiros empregados não deram resultado satisfatório.

Exame: — prepúcio edemaciado notando-se ao nível do seu orifício várias ulcerações, formando uma verdadeira corôa ao seu redor. Estas ulcerações têm as formas mais variadas e são de tamanhos diferentes, com bordos talhados a pique e descolados, fundo raso acinzentado, abundante secreção purulenta, bastante dolorosos ao toque e sangrando com muita facilidade.

Diagnóstico: — fimose inflamatória e cancro venéreo simples (corôa de cancros).

Tratamento: — banhos quentes com oxianureto de mercúrio a 0,50/1000, 3 vezes ao dia, durante 3 dias com o que desapareceu o processo inflamatório. Como tratamento adjuvante aplicação local de "Anaseptil" em pó.

Vacinoterapia:

19-9-1944 1.^a dose, reação febril sem grande importância.

21-9-1944 2.^a " " " " " "

23-9-1944 3.^a " " " " " "

25-9-1944 4.^a " " " " " "

26-9-1944 5.^a " " " " " "

Depois da 5.^a dose, houve a cicatrização completa das ulcerações canceroides.

Ficha n.º 5554.

Nome: A. H. R. Sexo: masculino. Idade: 21 anos. Estado civil: solteiro. Naturalidade: pernambucano. Profissão: garçon. Residência: Rua da Areia, 31 — Casa Amarela. Entrada: 18-4-944.

H. da doença atual: — Refere que em seguida ao coito o prepúcio fica edemaciado, sente dor à micção, e prurido intensa. Procurou este hospital para tratamento.

Exame: — Prepúcio edemaciado com rubefação e hipertermia. Nota-se no bordo do orifício prepúcial, uma ulceração do tamanho de uma ervilha em forma decrescente, bordos descolados e talhados a pique, fundo raso com abundante secreção purulenta, dor ao toque e sangrando com facilidade.

Diagnóstico: — cancro venéreo simples: fimose inflamatória.

Tratamento:

Vacinoterapia:

1.^a dose: $\frac{1}{2}$ ampôla — forte reação febril. O paciente permaneceu no ambulatório até 4 horas da tarde.

2.^a dose: $\frac{1}{2}$ ampôla — idem.

3.^a dose: $\frac{2}{3}$ ampôla — reação febril menor.

4.^a dose: 1 ampôla — ligeiro mal estar.

5.^a dose: 1 ampôla — o paciente ficou curado com a 5.^a dose.

Ficha n.º 5430.

Nome: W. N. Sexo: masculino. Cór preta. Idade: 17 anos. Estado civil: menor. Naturalidade: pernambucano. Profissão: servente de pedreiro. Residência: R. S. Sebastião — Agua Fria. Entrada: 8-3-44.

H. da doença atual: — doente ha cêrca de um mês, conta que após um coito verificou uma ferida ao nível do freio, que dói bastante, também sente prurido.

Exame: — Ao nível do freio notámos uma ulceração, em fôrma de crescente que é extremamente dolorosa ao toque, sangrando com muita facilidade, bordos talhados a pique, secreção purulenta amarelo-esverdeada.

Tratamento: — limpeza da lesão com uma solução de permanganato de potássio e aplicação de sulfanilamida em pó.

Vacinoterapia:

1.^a dose: $\frac{1}{2}$ ampôla em 9-3-44: reação febril intensa; o paciente permaneceu no ambulatório a tarde toda.

2.^a dose: $\frac{2}{3}$ ampôla em 11-3-44: forte reação febril durante 2 dias.

3.^a dose: $\frac{2}{3}$ ampôla em 15-3-44: Forte reação febril, ficou no ambulatório durante toda a tarde. No dia imediato porém melhorou bastante.

4.^a dose: 1 ampôla: reação febril fraca. Depois da 4.^a dose: Cicatrização completa da lesão.

Ficha n.º 5508.

Nome: A. B. M. Sexo: masculino. Côr: parda. Idade: 20 anos. Naturalidade: pernambucano. Residência: Rua Guararapes, 322 — Recife. Entrada: 30-3-44.

H. da doença atual: — doente há 3 semanas. Conta que após um coito notou uma ferida (sic) no prepúcio, e que dói bastante.

Exame: — No sulco balano-prepúcial notámos uma ulceração do tamanho aproximado de uma ervilha, dolorosa ao toque e sangrando com extrema facilidade, secreção purulenta que toma a côr avermelhada por a lesão sangrar ao menor toque, bordos talhados a pique, fundo raso.

Diagnóstico: — cancro venéreo simples.

Tratamento: — limpeza da lesão com uma solução de oxianureto de mercúrio a 0,50/1000.

Vacinoterapia:

30-3-44 — 1.^a dose — $\frac{1}{2}$ ampôla. Fraca reação febril, curado depois da 5.^a dose.

2-4-44 — 2.^a dose — $\frac{2}{3}$ ampôla.

5-4-44 — 3.^a dose — 1 ampôla.

7-4-44 — 4.^a dose — 1 ampôla.

9-4-44 — 5.^a dose — 1 ampôla.

Ficha n.º 6019.

Nome: F. A. R. Estado civil: solteiro. Naturalidade: pernambucano. Profissão: carroceiro. Entrada: 11-9-44.

H. da doença atual: — Conta que cêrca de 2 meses, após um coito suspeito, notou o aparecimento de uma ferida ao nível do freio, ferida esta que foi aumentando de extensão, atingindo a glândula, fez uso de compressas com solução de permanganato de potássio, sem obter resultado desejado. Refere dores no ato de micção. Procurou êste serviço a conselho de seu patrão para submeter-se ao tratamento necessário.

Exame: — Prepúcio quasi nulo, ficando a glândula inteiramente a descoberto. Notámos uma ulceração que começa no freio seguindo o sulco balano-prepúcial, dirigindo-se para a face dorsal do pênis, atingindo 2-3 milímetros da glândula. A ulceração tem quasi 2 centímetros de comprimento por 0,5 de largura. Tem a forma um pouco parecida com um arco ligeiramente retorcido. Há abundante coleção purulenta, bordos talhados a pique e descolados, doloroso ao toque e sangrando com facilidade, fundo raso e acinzentado.

Diagnóstico: — cancro venéreo simples.

Tratamento: — limpeza da úlcera com solução de permanganato de potássio e mercúrio crômico, o que o doente fazia em casa porque morava longe sendo difícil a condução.

Vacinoterapia: — 6 doses, com o intervalo de 3 dias entre uma dose e outras, porque o doente sentia forte reação febril, cefaleia e fraqueza geral, durando 2 dias após cada dose, assim até a 4.^a dose. Após a 2.^a dose desapareceram as dores. Após a 6.^a dose o doente ficou curado.

Ficha n.º 5754.

Nome: D. G. F. Sexo: masculino. Côr: branca. Idade: 16 anos. Estado civil: solteiro. Naturalidade: pernambucano. Entrada: 4-7-44.

H. da doença atual: — doente há 18 dias, conta que após um coito suspeito, notou aparecimento de uma pequena ferida no prepúcio, ficando o mesmo em seguida edemaciado, estreitando-se sobre a glândula, fechando-se completamente. Procurou este serviço para o necessário tratamento.

Exame: — o prepúcio acha-se fortemente edemaciado, sendo impossível a exteriorização da glândula. Do orifício prepúcial escorre um líquido hemo-purulento. O paciente queixa-se de dores no ato da micção.

Diagnóstico: — Fimose inflamatória.

Depois de um tratamento adequado, quando os fenômenos inflamatórios diminuíram, o paciente submeteu-se a uma intervenção cirúrgica: postectomia, e verificou-se então a existência de várias ulcerações com todas as características clínicas de cancro mole, arredondados uns, em forma decrescente outros, que foram retirados juntamente com o prepúcio ficando apenas o que foi tratado e o doente obteve cura com 4 doses de vacina em dias alternados.

Ficha n.º 5609.

Nome: A. M. T. Sexo: masculino. Côr: preta. Idade: 18 anos. Estado civil: solteiro. Naturalidade: pernambucano. Profissão: carroceiro. Residência: Rua dos Coelhos, — Boa Vista. Entrada: 9-5-44.

H. da doença atual: — doente há um mês. Refere que logo após um coito suspeito, apareceu um caroço (sic) no prepúcio que em seguida supurou. Sente dores, e dificuldade na micção.

Exame: — pela inspecção notámos, circundando o orifício prepúcial, 5 ulcerações, de bordos talhados a pique, fundo raso acinzentado, abundante secreção purulenta, dor espontânea, de formas arredondadas umas, de forma decrescente outras, dimensões pequenas, a maior comparada a um grão de milho.

Diagnóstico: — cancro venéreo simples.

Tratamento: — Vacinoterapia — 1.^a dose em 9-5-44: forte reação febril. As doses seguintes foram aplicadas em dias alternados. Cicatrização completa das lesões após a 5.^a dose. Como tratamento adjuvante fizemos a aplicação local de Anaseptil em pó.

Ficha n.º 5910.

Nome: A. C. F. Sexo: masculino. Côr branca. Idade: 21 anos. Estado civil: solteiro. Naturalidade: Rio Grande do Norte. Profissão: trabalha em armazem. Residência: Travessa Thomaz Comber, 120 — Beberibe. Entrada: 4-9-44.

H. da doença atual: — doente há 8 dias. Conta o paciente que após um coito suspeito notou o aparecimento de uma pequena ferida (sic) no prepúcio. Em seguida formou-se um anel constritor atrás do sulco balano-prepúcial, com edemaciamento.

Exame: — Notámos um anel constritor atrás do sulco balano-prepúcial e forte edemaciamento do prepúcio, principalmente na face ventral. A glândula acha-se descoberta. Além disso notámos uma pequena ulceração no sulco balano-prepúcial, próximo ao freio, em forma decrescente, abundante secreção purulenta e doloroso ao toque. O paciente sente dificuldade na micção.

Diagnóstico: — Parafimose inflamatória, cancro venéreo simples.

Tratamento: — Cirúrgico postectomia em 4-9-1944.

Vacinação:

4-9-44 — 1.ª dose — ½ ampôla: reação febril fraca.

6-9-44 — 2.ª dose — " " "

8-9-44 — 3.ª dose — " " "

Depois da 3.ª dose houve a cicatrização completa do cancro. Como tratamento local adjuvante fizemos a aplicação local de Anaseptil em pó.

Ficha n.º 5889.

Nome: B. J. S. Sexo: masculino. Côr: preta. Estado civil: solteiro. Naturalidade: pernambucano. Profissão: trabalhador do campo. Residência: Av. Miramar, 29 — Afogados. Entrada: 29-8-44.

H. da doença atual: — doente há 30 dias diz que desde esse tempo o prepúcio ficou edemaciado e o orifício prepúcial estreitado, impossibilitando-o assim de exteriorizar a glândula, e dando saída a certa quantidade de pús.

Exame: — pela inspecção notámos o prepúcio grandemente edemaciado, com hipertermia e hiperemia. O orifício prepúcial encontra-se muito estreitado, impossibilitando assim a exteriorização da glândula e dando saída a um líquido sero-purulento. No prepúcio notámos uma ulceração com todos os caracteres clínicos do cancro venéreo.

Diagnóstico: — fimose inflamatória e cancro venéreo simples.

Tratamento: — 29-8-44 compressa ox., 30-8-44 postectomia.

Foram aplicadas 4 ampôlas de Vacina em dias alternados.

A 1.ª dose foi de ½ ampôla. Com a 4.ª dose obteve a cura do cancro.

- (1) As observações apresentadas são de pacientes do ambulatório da Enfermaria S. Francisco (sala 4) do serviço do Prof. Romero Marques.
- (2) O medicamento empregado em todos os casos apresentados neste trabalho foi o Termogénio do Instituto Pinheiros.

BIBLIOGRAFIA

Cancro Blando — MARCIAL I. QUIROGA.

Bacteriologia — CARVALHO LIMA.

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia (Dezembro de 1943 — JOSÉ REGO VIEIRA. — em Ensaios de Termogenoterapia nos cancros de Ducrey — JARBAS DE ARAUJO SOARES.

Publicações Médicas (Março — Abril de 1942) — MURILO W. NIEMEYER. (Cancro Venéreo Simples).

Ginecologia Clínica — VIEIRA ROMEIRO.

Bacteriologia e Imunologia — J. GUILHERME LACORTE.



DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

RUA MARCONI, 48 - 3.º ANDAR - APART. 34 — FONES: 4-7744 E 8-2134



anestesia geral

BALSOFORME
CLOROFÓRMIO RHODIA
ÊTER ANESTÉSICO RHODIA
KELENE GERAL

anestesia local

KELENE LOCAL
SCUROCAINE
STOVAINE

ANESTÉSICOS PERFEITOS PARA ANESTESIAS PERFEITAS



★ CORRESPONDÊNCIA: RHODIA - CAIXA POSTAL 95-B - SÃO PAULO ★

R. 47.345

PANAM — Casa de Amigos

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo

SESSÃO DE 16 DE ABRIL

Presidente: Dr. Oscar Cintra Gordinho

Tratamento das cavernas gigantes pela toracoplastia — Dr. Eduardo Etzel — O A. fez uma exposição sobre as cavidades gigantes e seu tratamento considerando a divisão geral entre cavidades insufladas e cavidades gigantes propriamente ditas devidas a perda de substância pulmonar.

Discutiu a importância do bronquio na drenagem e a formação de válvulas. Analisou a importância da verificação da pressão endocavitária e de aspiração cavitária Monaldi. Concluiu pela recomendação da toracoplastia como o melhor processo de tratamento cirurgico. Documentou sua exposição com 10 casos operados.

Considerações em torno das provas tuberculinicas no diagnóstico diferencial das pneumopatias

no adulto — Dr. Febus Gikovate — O A. mostra que, de acordo com os inqueritos tuberculinicos, feitos nos últimos dois decenios, o número de adolescentes e adultos jovens, anergicos vem aumentando progressivamente. Em S. Paulo o índice de tuberculinização é, no grupo etario de 15-24 anos, de 63,7 por cento. O A. chama a atenção para o fato, aliás bem conhecido, de que as imagens radiológicas raramente permitem um diagnóstico etiológico, acontecendo o mesmo com os sinais e sintomas clínicos. De outro lado, são muitas vezes, dispendiosos e morosos os resultados da pesquisa do B. K.

As provas tuberculinicas, quando positivas em nada contribuem para a elucidação do diagnóstico. Quando negativos permitem, uma



Laboratorio de HORMOTHERAPIA

Aché

ESCRITORIO EM S. PAULO — TEL.: 4-6462
Rua Xavier de Toledo, 84-4.

Hormarsenicalino Masculino

Solução de 0,05 de cacodilato de sódio em
1 c. c. de soro Hormônico Masculino.

Hormarsenicalino Feminino

Solução de 0,05 de cacodilato de sódio em
1 c. c. de soro Hormônico Feminino.

Indicado nas anemias, nas fraquezas orgânicas e nos casos em que as soluções arsenicais se fazem necessárias.

DÓSES: UMA EMPOLA DIARIAMENTE (intramuscular)

vez afastadas possíveis causas anergizantes, eliminar a etiologia tuberculosa de uma pneumopatia.

O A. apresenta 4 casos — um do Serviço do Prof. Bourroul e três

de sua clínica privada — que corroboram as considerações acima.

(Ver notícia mais minuciosa na Sessão da Soc. do Serviço do Prof. Celestino Bourroul.

Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL,
EM 4 DE SETEMBRO DE 1944

Presidente: Dr. G. Rosenfeld

Nota preliminar sobre a ação do D. D. T. (Dicloro-Definel-Tricloroetana) nos triatomas — Drs. Francisco Cardoso e Gastão Rosenfeld. — As nossas experiências foram feitas com *Triatoma infestans* (Klug, 1834), empregando o D. D. T., que nos foi gentilmente fornecido pela Geigy do Brasil S. A., sob a forma de "Gesarol M", que contém 5% do inseticida em questão, num veículo pulverulento, inerte cuja natureza não nos foi indicada.

Fizemos experiência "in vitro", umedecendo o fundo do recipiente ou diversas partes do corpo dos triatomas, com suspensões aquosas de "Gesarol M" em várias concentrações. Pudemos verificar que o D. D. T. age sobre esses insetos matando-os em prazos variáveis de horas ou dias, conforme a concentração e o modo de emprego da substância. Os adultos mostraram maior susceptibilidade do que as ninfas.

Porém, o D. D. T. não mostrou ação espetacular, isto é, é lento no modo de agir, daí talvez possíveis erros de interpretação com observações pouco demoradas.

O que observamos nos dá grandes esperanças para uma possível profilaxia da moléstia de Chagas, destruindo os triatomas nas habitações, o que parecia impossível antes, devido à extraordinária resistência desse inseto aos diversos agentes químicos de utilização prática. Tanto assim, que não se cogitava seriamente em cortar o ci-

clo epidemiológico da moléstia, agindo diretamente sobre o seu vetor; a única solução, que havia, era a mudança do tipo de habitação, na realidade impraticável, pois depende de condições econômicas e de hábitos da população rural, portanto fora da capacidade de ação da medicina.

Nomenclatura e sinonímia do parasita na lichmaníase tegumentar — Prof. Samuel B. Pessoa e Dr. M. Pereira Barretto. — Os autores discutem a questão da nomenclatura do parasito da lichmaníase tegumentar americana e mostram que embora o primeiro nome proposto para ele tenha sido "*L. Wrightii*" Pedroso e Silva, 1911, este nome não pode ser aceito, porque já foi anteriormente usado por Nicole (1908) para designar o parasito da lichmaníase cutânea ou botão do Oriente, isto é, a "*L. tropica*" Wright, 1903. Consequentemente o nome do parasito da nossa leishmaníase deve ser o proposto por Vianna (1911) que terá a seguinte notação:

"*Leishmania braziliensis*" Vianna, 1911.

Sin.: "*L. furunculosa*" (Firth, 1891) "partim Auct."

L. tropica" (Wright, 1903) "partim Auct."

"*L. wrightii*" Pedroso e Silva, 1911 (nec. "*L. wrightii*" Nicole, 1908).

"*L. brasiliensis*" Vianna, 1911 "Auct."

"*L. tropica* var. *americana*" Laveran e Nattan-Larrier", 1912.

"*L. americana* var. *flagellata*" Escomel, 1913.

"*L. peruviana*" Vélez, 1913.

"*L. americana* Auct."

"*L. tropica* var. *brasiliensis*" Pifano, 1940.

Considerações sobre a terapêutica da lichmaníase tegumentar americana, especialmente das formas mucosas — Prof. S. B. Pessoa, Drs. F. Villela e M. Pereira Barreto. — Os AA., tendo em vista a grande resistência dos parasitos da lichmaníase tegumentar americana e a sua franca tendência às recidivas, preconizam, para a cura desta moléstia tratamentos locais e gerais, além do tratamento das complicações exentuais e das doenças concomitantes, com as quais tiveram extensão prática, trabalhando na extinta Comissão de Estudos da Lichmaníase.

O tratamento local deve ser feito em quase todos os casos, principalmente naqueles com lesões mucosas. É feito pela diatermofulguração ou então, em lugares onde não há rede elétrica, pela cauterização pelo ácido láctico precedida pela curetagem.

Para o tratamento geral, feito conjuntamente com o local ou após ele, deve-se usar principalmente o "eparseno" endovenoso (método de Aguiar Pupo) em geral associado ao "tártaro emético" pois, usando-se qualquer destes medicamentos isoladamente, as recidivas são muito mais frequentes. Poderão também ser associados outros arsenicais (arsenico de sódio,

etc.) e outros antimonialis (fuadina, antimon-detoxin, etc.).

Apesar destas associações medicamentosas e de tratamentos prolongados por várias séries de injeções, as recidivas ainda são frequentes, como mostram observações incluídas no texto, pelo que terminam com um apêlo a todos os médicos clínicos e especialistas afim de que tragam suas contribuições para a solução deste importante problema terapêutico.

Comentários: — Dr. Sebastião A. P. Sampaio — Refere que o Dr. Ancona Lopez, em recente nota prévia à Secção de Dermatologia desta Associação, apresentou resultados muito bons obtidos no tratamento das formas mucosas da lichmaníase tegumentar com o bismuto insolúvel, aplicado por via intramuscular na dose de 0,20 g. de Bi metálico por semana.

Prof. S. B. Pessoa — Informa que já em 1919 Orsini de Castro usou o salicilato de bismuto no tratamento das formas mucosas da lichmaníase, porém com resultados medíocres. Também o iodo-bismuto de quinina foi usado por Escomel e por si, sem grandes resultados, causando apenas, por vezes, melhora das lesões. Chama a atenção para a dificuldade para se avaliar o resultado terapêutico, pois mesmo em lesões cicatrizadas se encontram, ainda, lichmânias.

Dr. S. A. P. Sampaio — Chama a atenção para o fato de terem os AA. anteriores usado doses muito menores de bismuto, portanto seus resultados não são diretamente comparáveis com aqueles do Dr. Ancona Lopez.

SECÇÃO DE NEUROPSIQUIATRIA, EM 5 DE SETEMBRO DE 1944

Presidente: Dr. Paulo Pinto Pupo

Orientação diagnóstica e terapêutica para os casos de hipertireoidismo frusto. — Dr. Alvaro Marcondes da Silva. — O A. chama a atenção para a importância, em endocrinologia humana, dos assim chamados casos de tireotóxico-

se de grau leve ou de hipertireoidismo frusto; importância essa que decore da frequência com que esses casos são encontrados na clínica e da dificuldade de diagnóstico nêles realmente existente. Os casos de tireotóxicose manifesta

não foram considerados de maior interesse, nesta comunicação, por serem de diagnóstico relativamente fácil.

Após ter discorrido resumidamente sobre a ação da hormona tireóidea no organismo normal e os fenômenos e sinais clínicos e de laboratório dela decorrentes no organismo hipertireóideo, frisa a importância, que tem o aumento do índice de metabolismo basal como sinal mais constante a ser encontrado nos casos de hiperfunção da glândula tireóide. Em relação aos demais sinais clínicos e de laboratório que caracterizam o quadro do hipertireoidismo, lembra que nem sempre estão todos presentes em cada caso e, mesmo quando presentes num dado paciente, nem sempre têm uma intensidade paralela ao grau da tireotoxicose. Acentua que, se isto dificulta em parte o diagnóstico clínico da tireotoxicose manifesta, com muito maior razão o torna difícil, quando não impossível, nos casos de hipertireoidismo de grau leve. Nestes, a concomitância de dois ou mais sinais, de per si não muito evidentes e que podem ter origem em múltiplas causas, é que levanta a suspeita da afecção; são pacientes com um certo emagrecimento e taquicardia, ou com taquicardia e nervosismo, ou com distúrbios da cerebração e nervosismo, etc., ou então são pacientes que de nada se queixam, sendo as pessoas que com eles convivem que começam a notar um maior grau de irritabilidade, ou um pequeno bócio acompanhado de um certo grau de nervosismo etc. Afirma, através dessas considerações, que o diagnóstico do hipertireoidismo de grau leve só pode ser feito, com segurança, pela verificação do aumento do índice de metabolismo basal; aumento esse, entretanto, que deverá ser entendido em relação ao nível de metabolismo basal prévio do paciente, isto é, que o mesmo apresentaria se não fosse tireotóxico. A determinação desse índice prévio do paciente é feita de modo indi-

66)

reto, isto é, determinando-se o M. B. após ter-se administrado, durante um certo número de dias, iodo sob a forma de lugol, em virtude dessa substância, quando administrada a um indivíduo com hiperfunção da glândula tireóide, ter a particularidade de diminuir e, nos casos de leve tireotoxicose, abolir o excesso de hormônio tireóideo lançado à circulação. O iodo administrado a pessoas normais não determina modificações no nível de metabolismo basal, assim como no pulso, no peso e na temperatura tomados em condições basais. O iodo administrado a pacientes com hipertireoidismo determina queda do metabolismo basal e pode ou não, de modo variável, influenciar o pulso (reduzindo-lhe o número de batimentos), aumentando o peso e fazendo baixar a temperatura basal, além de melhorar os sintomas subjetivos do paciente. A interrupção da ingestão do iodo produz uma variação inversa nos elementos influenciados beneficemente por essa substância. Com base nesses fatos, aponta como orientação a seguir no diagnóstico dos casos de hipertireoidismo frusto, inicialmente, uma primeira determinação do índice do metabolismo basal, seguida de uma segunda, após ter o paciente tomado lugol durante no mínimo 10 dias, e de uma terceira, após ter interrompido o uso dessa solução de iodo por um número igual de dias. A execução deste terceiro exame é geralmente indispensável para se poder afastar os casos de pessoas sem tireotoxicose em que, devido a uma simples tensão nervosa, o metabolismo estava aumentado na primeira determinação e, por efeito de adaptação o treino, mais baixo na segunda, independentemente da ação do iodo. Nesses casos, uma terceira determinação, após ter-se interrompido a ingestão dessa substância, não revelará aumento em relação à segunda, como nos casos de tireotoxicose, podendo mesmo, se uma nova adaptação e treino entrar em jogo, dar um resultado ainda mais baixo. Cha-

ma a atenção para os cuidados que deverão ser tomados na execução das determinações de metabolismo basal, onde pequenas distrações poderão produzir resultados verdadeiramente anômalos; êsses cuidados deverão, com maior razão, ser rigorosamente observados na verificação da influência do iodo sobre o metabolismo, pois, em geral, as variações observadas, nos casos de leve tireotoxicose, não são muito grandes. Lembra ainda que, quanto mais velho o paciente, e quanto mais baixo o seu nível de metabolismo, tanto menos nítida é a resposta supracitada. Essa resposta é tam-

bém de menor intensidade nos casos de bócio nodular. Em relação à terapêutica dos casos de hipertireoidismo de grau leve, estuda a possibilidade do emprego apenas do iodo, como meio de baixar o nível da tireotoxicose e assim permitir, pelo afastamento de outras causas, que o paciente venha a ficar curado; estuda também o emprego dos raios X nos casos rebeldes ou que de início apresentam um grau mais acentuado de hiperfunção da glândula tireóide cu ainda em que se queira obter um resultado mais imediato. A possibilidade cirúrgica também é analisada.

SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 15 DE SETEMBRO DE 1944

Presidente: Dr. Piragibe Nogueira

Estenose erosiva do estômago, após ingestão de ácido clorídrico; indicação rara da gastrectomia parcial — Drs. Mário Fanganiello e Cássio Montenegro. — Os AA. fazem ligeira apreciação sobre as lesões do estômago consequentes a ingestão de substâncias corrosivas.

Lembram que a evolução do paciente que ingeriu substâncias corrosivas é caprichosa, dependendo do grau e extensão das lesões que se instalam.

Os efeitos imediatos sobre o estômago dependem da concentração do cáustico, do grau de enchimento do estômago e congestão dos vasos e do tratamento medicamentoso instituído.

Os efeitos, por essa razão, não são nem uniformes, nem característicos. As vezes há perfuração da parede gástrica e morte por peritonite.

As sequelas poderão não ocorrer, ou manifestar-se, quer precoce, quer tardiamente. A sequela mais grave e que leva o paciente ao cirurgião é a estenose do antro pilórico.

Recordam que na literatura estrangeira, há já diversos casos relatados de estenose do estômago, com ou sem estenose do esôfago,

concomitante, após a ingestão de álcalis ou ácidos corrosivos, de tal grau, que requereram intervenções cirúrgicas, jejunostomias, gastroenteroanastomoses, gastrectomias parciais, e até gastrectomia total.

Parece assente que os corrosivos alcalinos atacam de preferência o esôfago, ao passo que os corrosivos ácidos provocam lesões mais acentuadas no estômago, podendo deixar indene o esôfago. Isto ocorreu num dos casos relatados neste momento.

Apresentam 2 casos muito sugestivos de estenose do antro pilórico, muito pronunciada, surgindo tanto num como noutro, cerca de 30 dias após a ingestão acidental de ácido clorídrico e determinando grande emagrecimento.

O primeiro paciente ingeriu ácido clorídrico, misturado, com guaraná, percebendo o engano, minutos após, quando sentiu queimação no estômago. Fez apenas os tratamentos habituais nestas circunstâncias, não recebendo porém cuidados especializados do tubo esofágiano. Entretanto não teve nenhuma sequela para o lado do esôfago.

Cerca de 70 dias depois, em 27-10-1940, foi submetido a uma gastrectomia parcial transmesocólica a

Reychel-polya, pelo Prof. Montenegro que verificou a impressionante retração do antro e do anel pilórico. A operação foi fácil. Evolução pós-operatória sem acidentes. Até setembro de 1944 passa bem. Apenas nos primeiros meses após a operação, teve fenômenos de adaptação comuns aos gastrectomizados.

O segundo caso ingeriu ácido clorídrico, quando alcoolizado numa festa. Tratamento habitual medicamentoso, após os primeiros sinais de queimação.

No dia seguinte apareceu-lhe disfagia acentuada. Submeteu-se então a tratamento especializado pelo endoscopista Dr. Plínio de Matos Barreto.

Obteve melhora da parte esofágica, mas, progressivamente apareceram sinais de estenose pilórica. Emagreceu 15 quilos em 1 mês.

Quarenta dias depois, foi por nós submetido a uma gastrectomia parcial pré-élica, por lesão profundamente deformante e estenosante do antro.

A operação apresentou pequena dificuldade ao nível da pequena curvatura, devido ao espessamento da parede. Alta no décimo dia. Foi encaminhado para o Serviço do Dr. Matos Barreto, onde continuará o tratamento da lesão esofágica.

São os dois primeiros casos relatados, na literatura nacional, de gastrectomia realizada para tratamento deste tipo de estenose.

Os AA. discutem a oportunidade da indicação operatória e o melhor tipo de intervenção a realizar.

Desde que se instale a estenose, ha indicação operatória. Quando o processo é recente, a parede gástrica estando muito edemaciada e espessada, uma intervenção direta sobre o estômago, poderá ser contra-indicada, sendo aconselhável uma jejunostomia, temporária, até que melhorem as condições gástricas.

Alguns autores contra-indicam a precariedade das suturas e consequente deiscência e peritonite. Afirmando mais, que o perigo de úlcera péptica do jejuno, pós-operatória, sendo remoto, porque não há hipersecreção associada, a gastro-entero-anastomose poderá ser efetuada, dispensando a gastrectomia.

Contudo, tais argumentos não são válidos. A precariedade de suturas, dependendo das lesões da parede gástrica, estará presente também na simples gastro-entero-anastomose.

O perigo de úlcera péptica, embora remoto, não pode ser excluído, pela gastro-entero-anastomose. Finalmente há uma série de inconvenientes, quando se deixa "in situ", um estômago tão intensamente lesado na sua estrutura e função, o que nos parece justificar plenamente a sua remoção parcial.

Os AA. lamentam não terem estudado a função gástrica por refeições fracionadas de Rehfuß ou prova de Katsch-Kalk e não terem realizado outras provas funcionais do aparelho digestivo, para verificar se a lesão tão extensa e profunda do antro, zona secretógena do fundus, trouxe transtornos significativos, principalmente abaixamento do poder cloridropéptico do suco gástrico.

SECÇÃO DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, EM 19 DE SETEMBRO DE 1944

Presidente: Dr. J. da Fonseca Bicudo Júnior

Apresentação de um caso de difícil diagnóstico de esporotricose — Dr. J. da Fonseca Bicudo Júnior. — Trouxe à presença dos colegas uma moça de uns 20 anos, solteira, apresentando uma lesão

do braço esquerdo, com aspecto de tuberculide cutânea. Essa lesão apareceu, justamente, no ponto em que, 40 dias antes havia sido feita uma injeção (vacina, sic). Como se tratasse de vacinação co-

letiva feita na fábrica onde trabalhava, julgamos tratar-se de vacinação contra febre tifóide ou mesmo de antígeno tuberculoso, o que poderia concorrer para despertar as manifestações cutâneas apresentadas pela doente. A paciente, que devia tratar de conhecer a substância injectada, deixou de aparecer à consulta por espaço de uns 30 dias, voltando depois disso com a lesão com o mesmo aspecto; não havia enfarte ganglionar local ou axilar. Como não tivesse conseguido saber a substância injectada resolvemos fazer vários exames de laboratório, inclusive cultura para cogumelo e biopsia, mas, o mais interessante é que 2 ou 3 dias depois, quando apareceu novamente à consulta para a retirada do material para exame, apresentava ela circundando a lesão e contornando mesmo todo o braço, enfarte linfático ganglionar muito típico da esporotricose. Trazemos este caso à presença dos colegas, por julgarmos de bastante interesse, dada a sua localização rara, a coincidência do aparecimento com a aplicação da vacina e ao aparecimento tão rápido (poucos dias) do enfarte linfático ganglionar que possibilitou o diagnóstico de esporotricose. A cultura está sendo feita.

Novas observações de casos familiares de pênfigo foliáceo. — Dr. José Aranha Campos. — O A. apresenta neste trabalho mais 28 casos familiares de pênfigo foliáceo, ocorrido em 13 famílias. 3 famílias com mãe e filha e nas 10 restantes, verificaram-se ocorrência em: mãe, filha e tia avó, — mãe e filho, — irmã e dois irmãos, — duas irmãs, — dois irmãos, — irmão e irmã,

— duas primas, — duas primas em 2.º grau, — tia e sobrinho e marido e mulher.

Com esta contribuição elevam-se a 196 casos familiares já apresentados pelo dr. Aranha Campos, o que representa 1/4 do total de doentes fichados pelo próprio A., durante os 5 anos e meio de pesquisas que fez pelo interior do Estado de São Paulo.

Os casos familiares, do ponto de vista estatístico, revelam o seguinte:

Apareceram, em 670 famílias doentes de pênfigo, sendo 196 (29 por cento), casos familiares.

Em 582 famílias ou 88%, somente ocorreu um caso de pênfigo.

Em 73 famílias ou 10%, 2 casos.

Em 10 ou 1,5%, três casos.

Em 3 ou 0,5%, 4 casos e em apenas duas famílias, adoeceram cinco pessoas.

Dos 196 casos familiares, 135 (69%) eram mulheres e 61 (31%) homens, sendo 146 (75%) adultos e 50 (25%) crianças.

A maior incidência ocorreu entre irmãos com 93 casos (48%) seguido de progenitores com 28 casos; — 19 ou 10% de mães e 9 ou 4% de pais.

Nas observações dos doentes, chamou o A. numerosas vezes a atenção sobre os períodos de incubação, eclosão ou agravamento do pênfigo em consequência à gravidez, propagação da moléstia por ocasião de surtos febril e bolhoso de doentes mais antigos, isolamento de estreptococos hemolíticos em casos iniciais, eclosão da dermatose na puberdade, adoecimento nos focos da moléstia, casos de regressão, etc., etc.

SECÇÃO DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA PLÁSTICA EM 17 DE AGOSTO DE 1944

Presidente: Dr. J. E. Paula Assis

O enxerto prévio de mucosa bucal no fechamento das grandes perfurações do palato duro — Apresentação do doente — Dr. J. Rebêlo Neto. — O A. descreve

com pormenores uma técnica destinada a dar maior solidez aos tecidos disponíveis ao lado das perdas de substâncias de grande porte existentes na abóbada palatina

e que vão servir para obliterá-las. Consiste em descolar êsses tecidos laterais numa operação preliminar, forrando-os com o tecido mucoso totalmente destacado da face interna das bochechas. Ao executar o segundo tempo, de fechamento definitivo, tem-se à disposição um espesso retalho epitizado pelos dois lados. Divulga um artifício de técnica destinado a facilitar a retenção dêsses retalhos sobre o palato duro, exibindo o aparelhamento criado para tal fim. Um doente operado por esse processo compareceu à reunião e foi examinado pelos presentes.

Abcesso da língua — Dr. Mauro Cândido de Sousa Dias. — O A. apresentou um caso de abcesso crônico, central do corpo da língua, localizado no espaço intergenioglossos. Analisou rapidamente a literatura nacional acentuando o nome de Mangabeira Albernaz. Chamou a atenção para a localização particular da coleção purulenta citando um único caso semelhante ao seu, encontrado na literatura compulsiva. Terminou citando a via de acesso atípica que usou para a cura cirúrgica do seu caso.

Comentários: — Dr. Plínio de Mattos Barretto — Aquêles que, com mais frequência, atendem a casos de corpos estranhos das vias aéreas e digestivas superiores, devem ter, em suas estatísticas, pelo menos alguns casos de abcessos da língua. Corpos estranhos, por manobras intempestivas, podem mergulhar e desaparecer na língua e aí provocar abcesso. Se, desde o início, observamos as vítimas de acidentados como êste, é frequente notar no ponto onde penetrou o corpo estranho, uma maior reação dolorosa e congestiva, que pode aparecer no segundo dia e acentuar-se depois. Uma compressão aí feita, entre os dois ramos de uma pinça aberta, algumas vezes consegue fazer aflorar o corpo estranho e permitir a sua remoção. Quando êstes cuidados não são tomados de início, o caso pode evoluir para abcesso e então, o que devemos fazer é abrir para dar ampla drenagem à coleção purulenta e, com frequência, assistir à expulsão do corpo estranho, junto com pús e tecido necrosado.

Em nossos serviços, temos três casos em que os doentes chegaram com volumosos abcessos, todos tratados desta maneira e que evoluíram muito bem.

SECÇÃO DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA PLÁSTICA. EM 25 DE SETEMBRO DE 1944

Presidente: Dr. J. E. Paula Assis

Paralisia do facial; caso atípico — Dr. Francisco Hartung — O caso interessa pelo inesperado da sua evolução. Uma senhora apresenta uma otite média particularmente violenta. Dores fortíssimas no ouvido, febre muito alta e paralisia do facial. A paracentese é feita incontinenti. A otite evolui bem, tendo a paralisia, que não era muito completa, desaparecido em 48 horas. Dentro de 9 dias nada mais havia da otite, quando, inesperadamente de novo reaparece a paralisia. Desta vez, porém, não havia nem congestão do tímpano, nem febre. Por isso, não foi

renovada a paracentese. Apesar desta atitude conservadora, apenas com tratamento medicamentoso e galvânico, regrediram, embora lentamente os fenômenos paralíticos, que acabaram por desaparecer de todo em 12 dias aproximadamente. Ficou assim demonstrado que houve uma coincidência. Enquanto a primeira paralisia era realmente de causa otogênica, e por isso regrediu muito depressa com a descompressão da caixa, a segunda, ao contrário, era de natureza diferente, naturalmente de tipo a frígore.

Comentários: — Dr. Rubens V. de Brito — Refere-se à possibilidade de confusão, nos primeiros instantes, com “herpes zoster — que, aliás, outros sinais confirmariam ou não. O fato mais interessante da comunicação é o de ter sido o nervo facial atingido por 2 vezes — sendo também de opinião que a 1.^a vez foi de causa infecciosa e a 2.^a “a frigore”.

Dr. F. Prudente de Aquino — As paralisias “a frigore”, geralmente cedem com o tratamento adequado, como foi o que aconteceu no presente caso.

Dr. Rezende Barbosa — Se a primeira paralisia não houvesse desaparecido dentro de 48 horas, talvez a necessidade de se intervir sobre a mastoide fôsse inadiável. Quanto à 2.^a paralisia, já apareceu num terreno pré-disposto. Devemos insistir aqui sobre a questão do vaso-espasmo, principalmente sobre o que se refere à irritação do facial, que pode expli-

car estes casos de paralisia “a frigore”.

Dr. Roberto Oliya — Desde que se suspeite da origem otítica da paralisia do facial, deve-se intervir e isto é capital. Já tivemos ocasião de tratar 2 casos de paralisia do facial que tiveram origem em uma otite média supurada, e ambos os casos tiveram cura completa.

Polipo de amígdala palatina — Dr. Jorge Fairbanks Barbosa — O A. apresentou 2 casos de volumosos polipos com inserção nas amígdalas palatinas. Ambos eram constituídos por massa globosa do tamanho ou pouco maior que um ovo de pomba, de consistência fibrosa, brilho anacorado, presa por fino pedículo fibroso, muito resistente.

Fez um rápido estudo da bibliografia, mostrando a grande raridade destes casos.

SECÇÃO DE MEDICINA, EM 20 DE SETEMBRO DE 1944

Presidente: Dr. Uilhôa Cintra

Estudo sobre o valor clínico da prova de exton-rose — Drs. Otávio G. Tisi, José Zaitz e Mário Lepolard Antunes. — Os dois testes clássicos de hiperglicemia, o de Hamman e Hirschman e o de Janney e Isaacson, diferindo apenas em empregar-se no primeiro uma dose padrão de glicose e no segundo uma dose variável, mostraram-se falhos, sendo influenciados por vários fatores, como as infecções, as toxemias, o estado psíquico, a dieta anterior, as afecções epáticas, a hipertensão, as nefrites, a artério-esclerose, as moléstias endócrinas. Discutem-se os trabalhos de Newleugh, que se declara pela influência da obesidade, mas parece mais verdadeiro o conceito de John, que considera os obesos com curva glicêmica alterada, como realmente diabéticos.

Procurou-se encontrar um teste mais sensível e mais específico. Em 1919, Hamman e Rirschman, Staub

e Traugott, baseados na lei paradoxal de Allen, verificaram que a administração sucessiva de glicose, provoca, no individuo normal, queda progressiva da curva, o contrário acontecendo no diabético. E' o fenômeno de Staub-Traugott. Daí surgiu a prova das 2 doses em 6 horas que é a mais sensível e a mais específica, mas impraticável. Em 1931 Exton-Rose, baseados nos trabalhos anteriores, idealizaram a prova das 2 doses em uma hora. O critério inicial de Exton-Rose se mostrou falho, bem como o de Gould e colaboradores, Matthews e colaboradores, da Clínica Mayo, reviram esses trabalhos, e usando a técnica de Exton-Rose, propuseram o seguinte critério, que é o melhor: a glicemia, no fim da hora, sendo, no máximo, 154 miligr. % o paciente é normal; entre 158 e 180 miligr. %, curvas diabéticas. A prova não é influen-

ciada pelo estado psíquico, nem pela dieta anterior.

Os autores estudaram 32 doentes, portadores de moléstias várias, obtendo resultados confirmadores dos de Matthews. As curvas obtidas concordaram com as previsões clínicas, com excepção de um caso, em que o teste falhou, tratando-se de um individuo com absorção intestinal rápida, por gastroenterostomia.

Em conclusão o teste de Exton-Rose, com o critério de Matthews, é preferível por ser mais sensível, mais específico, menos influenciado pelos fatores estranhos, não devendo ser empregado nos casos em que houver absorção intestinal rápida, onde o teste clássico é mais preciso.

A prova de Katsch-Kalk na exploração funcional do estômago — Drs. Mário Lepolard Antunes e Rafael Giannella. — Os AA., depois de chamarem a atenção para a prevenção injustificada que existe, em nosso meio, contra as provas funcionais do estômago, citam os trabalhos realizados por autores nacionais relativamente à prova de Katsch-Kalk.

Deixando de lado considerações minuciosas referentes à parte técnica, frisam a importância do ponto de viragem para a determinação precisa da acidez livre, numa cor

salmão, correspondendo a um $\text{pH} = 2,8$. Para clínicos e análises não familiarizados com os valores em "grau de acidez" fazem a conversão em termos de ácido clorídrico, bastando para isso multiplicar-se o grau de acidez por 0,00365.

A apresentação dos resultados é feita num papel impresso, sugerido pelos AA., onde são lançados os dados referentes ao estudo do líquido de estase (caracteres físicos, químicos e microscópicos) e os dados relativos às extrações fracionadas (dosagem da acidez livre, dosagem da acidez total, caracteres e quantidade das amostras extraídas). Com esses dados chega-se a interpretação da prova depois de se estudar: 1) máximo de acidez; 2) esvaziamento; 3) secreção ulterior ao esvaziamento; 4) duração da prova; 5) tipo de curva (normocloridria, hipercloridria, acloridria). Para cada tipo fundamental forma apresentados casos concretos elucidativos. Como complemento ao estudo da prova de Katsch-Kalk foi usada a prova com excitação pela histamina nos casos com acentuada hipocloridria ou acloridria. Com a prova da histamina aquilata-se melhor a capacidade da mucosa gástrica em secretar ácido clorídrico, realizando-a logo em seguida à excitação pela cafeína ou em dias posteriores.

SECÇÃO DE RADIOLOGIA E ELETRICIDADE MÉDICA EM 22 DE AGOSTO DE 1944

Presidente: Prof. Rafael de Barros

Normalização do quadro radiológico em um caso de artrite reumatóide clinicamente "curado" — Drs. Marcelo Lucchesi e Osvaldo Lucchesi — Acentuando, desde o início, o caráter irreversível, definitivo, das alterações destrutivas, articulares, da artrite reumatóide, irreversibilidade essa explicável pela anatomia patológica de tais processos, e, portanto, chamando a atenção para a raridade de observação de melhoras verídicas do

quadro radiológico, não só da ossificação como também da cartilagem articular, os AA. referem o caso de uma enferma com 21 anos de idade, portadora de artrite reumatóide há 7 meses, a qual após 10 meses de tratamento, apresentou normalização dos quadros clínico, hemotológico e radiológico. A radiografia inicial das mãos demonstrou osteoporose generalizada, diminuição acentuada da interlinha da articulação interfalângica

proximal do dedo médio esquerdo e desaparecimento da interlinha no mesmo dedo e em idêntica interlinha na mão direita, com inflamação fusiforme bilateral das partes moles peri-articulares. A radiografia seguinte, feita no fim do tratamento, ofereceu um aspecto ósseo normal, com recalcificação total e apresentando as interlinhas articulares com as suas dimensões fisiológicas. A raridade de tal reparação explica-se pela bioquímica da cartilagem, de natureza braditrófica que é. A par desta reparação orgânica, ainda não assinalada na literatura, e do processo de recalcificação, que se processou, com "restitutio ad integrum" do quadro radiológico, constitui fato incomum, igualmente, a concomitância e o paralelismo das melhoras clínicas e radiológicas até as "curas" respectivas. Já decorreu um ano e meio desde quando esta enferma recebeu alta, e a normalização clínica, hematológica e radiológica perdura imutável.

Os AA. documentaram o caso com fotografias, radiografias e moldes de mãos, em gesso, com fins ilustrativos e comparativos.

Comentários: Prof. Rafael de Barros — Eu desejaria que o dr. Lucchesi me dissesse porque prefere a denominação de artrite reumatóide, quando nos parece mais usado a denominação de osteoartrite, uma vez que a lesão é mais óssea que cartilaginosa.

O caso apresentado, é muito interessante e está muito bem documentado, constituindo um excepcional sucesso terapêutico. Entretanto, quando as lesões atingem o osso, então o "restitutio ad integrum", é impossível.

Dr. Marcelo Lucchesi — Quanto à denominação de artrite reumatóide, por nós empregada para designar esta variedade de artrite crônica, fazêmo-lo porque figura na classificação elaborada sob os auspícios da Liga Internacional Contra o Reumatismo, e por nós adotada. Esta classificação é preconizada pela Liga Internacional com o intuito de unificar a termi-

nologia incorreta, vaga e confusa muitas vezes usada pelos autores. Existem, somente para a artrite reumatóide, cerca de 40 denominações diferentes, baseadas nos mais diversos critérios (etiológico, clínico, radiológico, anátomo-patológico, etc.). Se cada país, ou, mesmo, cada autor atribuir-se o direito de escolher a terminologia que mais lhe agrada, como o tem sido até há pouco tempo, teremos então uma verdadeira babel em que a compreensão recíproca será praticamente impossível, com as naturais dificuldades decorrentes. Eis porque, tendo presente a finalidade louvável da Liga Internacional, ao elaborar oficialmente a sua classificação, damos preferência às denominações que nela figuram, sem o espírito de crítica de que são passíveis.

Os Raios X no tratamento da "Enduratio penis plástica" — Dr. Oscar Rocha von Pfuhl.

Comentários: Dr. M. Rôxo Nobre — A comunicação do dr. Pfuhl, foi muito interessante e minuciosa, constituindo uma verdadeira aula sobre o assunto.

Um fato que chama a atenção no histórico da questão, é o que se tem observado em qualquer ramo da patogenia, isto é, que a radioterapia já foi tentada como agente terapêutico em quase todas as moléstias em uma época em que não se tinha ainda um critério seguro de dosagem, e nem sempre a sua aplicação conduzia a bom resultado, o que influiu sobremaneira para o descrédito da radioterapia. Observou-se mais tarde um novo renascimento das indicações da radioterapia nas mais variadas moléstias, mas, com uma orientação segura, quanto à dosagem e indicação. Assim, no caso presente, hoje está perfeitamente demonstrado, como acabamos de ver, que o "enduratio penis", pode ser irradiado, com ótimos resultados, sem nenhum malefício para o paciente.

Sobre a etiologia do enduratio, conversando com o dr. Otacílio

Gualberto, este ilustre colega urologista informou-me que está experimentando a terapêutica da moléstia de Nicolas Favre, para a cura do "enduratio penis", mas ainda não chegou a uma conclusão. Talvez que o "enduratio", não passe de uma localização incomum da moléstia de Nicolas Favre.

Dr. Oscar Rocha von Pfuhl — Com referência à concomitância entre a 4.ª moléstia e o "enduratio", eu já tenho encontrado referências a este respeito em vários trabalhos, em sua maioria publicados em revistas italianas, americanas e japonesas.

SECÇÃO DE OBSTETRICIA E GINECOLOGIA, EM 28 DE SETEMBRO DE 1944

Presidente: Dr. Pedro Aires Neto

Aspectos da teratogênese à luz do conceito dos "organizadores" de Spemann — Dr. Carmo Lordy — Depois de definir o que sejam os organizadores de Spemann e de distingui-los das substâncias órgão-formadoras, já anteriormente conhecidas, trata em particular de uma das múltiplas experiências praticadas por Spemann: o enxerto de um fragmento do lábio dorsal do blastoporo de um ovo de "Triton cristatus" sob o ectoblasto de um ovo coetâneo de "Triton taeniatus", com o desenvolvimento consecutivo de uma formação dupla simétrica reunida.

Nos resultados desta e de outras experiências praticadas por Spemann encontra bases para explicar a gênese formal de diversas produções teratológicas, de conformidade com os trabalhos de Budde e de outros A.A. Assim, a gênese formal das produções parasitárias, a começar pelos teratomas até os casos de "foetus in foetu", pode ser atribuída à inclusão de uma parcela (organizador de primeira ordem) da linha primitiva. Os monstros duplos reunidos proviriam da formação anômala de duas linhas primitivas (centros de organização) numa única área embrionária. Em seguida trata da gênese formal dos

gêmeos uni-ovulares humanos, que ficam no limiar da normalidade e anormalidade. Não é partidário da teoria da independência dos blastômeros, aplicável somente aos Anamniotas. Expondo, então, as primeiras fases do desenvolvimento do ovo humano, considera mais aceitável a opinião de embriologistas modernos que vêm na fase de individualização do nó embrionário o momento da determinação dos gêmeos. Por causas ainda não bem definidas o nó embrionário subdividir-se-ia em duas ou mais porções, correspondentes ao número de futuros gêmeos. Somente desse modo se explicaria o fato dos gêmeos serem monocoriais.

Na exposição do assunto, o conferencista teve oportunidade de projetar numerosas macro e microfotografias, provenientes em grande parte de material do museu de Teratologia da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo. Merecem especial menção uma sobre um caso de "Encranium quadrigeminus", outra de "inclusio foetalis abdominalis" e uma microfotografia em que se demonstra o esboço de formação de um gêmeo num embrião humano com apenas 20 dias de idade, todos estes estudados pelo conferencista.

Daquinol - NA GRIPE E NA
PNEUMONIA
(UMA EMPOLA POR DIA)

Sociedade Médica São Lucas

SESSÃO DE 10 DE ABRIL

Presidente: Dr. Hercilio Marrocco

Impressões da Medicina na Inglaterra. — Dr. Humberto da Costa Ferreira — O A. falou de suas impressões de médico na Inglaterra, donde voltou recentemente. Referiu-se inicialmente aos serviços de transfusão de sangue, cuja orientação precípua é evitar o choque, ministrando o plasma precocemente. Falou das vantagens do sangue nos feridos, sendo que o plasma é de uso eletivo nas queimaduras onde há eritroconcentração. A grande quantidade de queimados permitiu mais ampla observação, donde melhor orientação terapêutica. Mostrou as vantagens do hematócrito — a relação entre o plasma e as células. No tratamento das queimaduras, abandonou-se o tanino; usa-se a ponta de sulfanilamida após a remoção das partes lesadas; ensaia-se a pasta de Penicilina; nos membros o gesso. Citou os estudos hematológicos feitos na Inglaterra, coincidindo com observações feitas entre nós por José Oria. Quanto à Penicilina, é de uso muito espalhado, mas a produção nacional é pequena, vindo a maior parte do Canadá. Ha novas fábricas em construção. Elogiou o serviço de enfermagem, cuja eficiência é por todos exaltada. Expoz por fim o método hematócrito. O dr. Nogueira Martins referiu-se ao valor do hematócrito; o dr. Galdino Nunes Vieira referiu-se aos cuidados com os queimados; o dr. Saldanha Faria, cuidou da anestesia, tendo o dr. Ferreira informado que o tionebutal é usado na veia e atra-

vés do esterno; na Inglaterra a anestesia mais usada é o éter, sendo muito empregado um aparelho de Mac loche, com a vaporização do éter por meio de água fervente.

Aspectos do problema da lepra

— Dr. José Jesus Castañeda — O A. começou por dizer que no Brasil sentiu-se em casa, pois já conhecia a fundo os trabalhos brasileiros sobre a lepra. Passou em revista os problemas da lepra nos vários países do Mundo, criticando as estatísticas. Apreciou o que se tem feito no Brasil: 35 a 40 leprosários, de aspecto original, com característicos regionais próprios, tipo colônias, "em corpo e alma", pela constituição e pelo espírito que as orienta. O que lhe parecia sonho, verificou ser realidade. Fez a apologia das Caixas de Beneficência, cuja função a campanha é de grande importância prática. A reclusão do lepromatoso priva-o de liberdade, mas os asilos colônias lhe restituem dando-lhes trabalho livre, lar e vida social multiforme. A prevenção infantil é aqui feita em moldes louváveis, particularmente do ponto de vista científico. Fez o elogio da escola leproológica brasileira, a mais importante do Mundo, destacando-se os elementos de São Paulo. Mostrou o grande valor dos trabalhos feitos no Brasil, que revolucionaram completamente a leprologia clássica. Terminou felicitando a escola leproológica de São Paulo.

J A L E P A T*antianêmico às colheradas*

SESSÃO DE 8 DE MAIO

Presidente: Dr. Oscar Isidoro A. Bruno

Perfuração do apêndice por áscaris. — Dr. José Saldanha Faria — O A. falou sobre o assunto nomeado, lendo a observação detalhada de um caso pessoal. Fez depois considerações sobre a verminose do apêndice, fazendo o histórico da contingência mórbida. Discutiu a importância da verminose do apêndice e citou larga bibliografia sobre o assunto. O Dr. Eurico Branco Ribeiro referiu-se a um caso em que havia nada menos de quatro áscaris dentro do apêndice. O Dr. José Saldanha Faria recordou um caso ocorrido naquele hospital, em que atuou o Dr. José Ribeiro de Carvalho.

Secção do nervo frênico e fratura da 1.ª costela — Dr. Eurico Branco Ribeiro — O A. falou sobre o tema acentuando a raridade de ambas as ocorrências e referindo-se a várias estatísticas. Apresentou um caso pessoal, em que o agente foi uma punhalada, que seccionou o nervo frênico e fraturou a primeira costela. Na discussão, o Dr. Manuel A. Campanario citou estudos próprios sobre as anomalias raras do esqueleto, focalizando assim um ponto do trabalho do autor, em que se menciona a interpretação errônea de anomalias ósseas.

Sinais indiretos da úlcera gástrica — Dr. Manuel de Abreu Campanario — O A. citou inicialmente as dificuldades do diagnóstico radiológico da úlcera gástrica, mostrando a necessidade de um largo tirocinio para que o radiologista possa acertar em grande número de casos. Os sinais indiretos são descuidados por parte dos clássicos e, entretanto, são merecedores de maior atenção, pelo valor que têm na prática. O sinal patognômico é o nicho. Mas há modificações anatómicas e perturbações fisiopatológicas que servem de

guia para um diagnóstico. O primeiro sinal indireto é a retração da pequena curvatura. Dilatação assimétrica do estômago, melhor, "dilatação dissemétrica" do estômago é outro sinal de valor — aumento da grande curvatura e encurtamento da pequena curvatura, "Estômago em bolsa" é a consequência dessa mesma dissemetria, em estado mais adiantado. O deslocamento do duodeno para a esquerda é também um sinal indireto de úlcera gástrica. Outro sinal, também importante, é a interrupção das dobras da mucosa gástrica, com modificação do seu desenho normal. A relevoscopia é de importância para essa verificação. Em virtude da autonomia conferida pela muscularis mucosa, as manifestações que traduzem uma úlcera superficial deixam essas dobras da mucosa sem as alterações normais. A verificação de uma gastrite verdadeira é outro sinal que faz pesquisar uma úlcera, pois ela é sempre acompanhada de gastrite, embora possa esta existir sem úlcera. Outro sinal é a chamada "retitude da pequena curvatura", numa extensão de 2 a 4 cm. Este sinal, ao lado da sintomatologia clássica, impõe para muitos o diagnóstico de úlcera. A zona aperistáltica é um sinal adicional que os alemães chamam de "zona neutra", verificável pela radioscopia e pela poligrafia à Berg. A abertura permanente do piloro, com dilatação da luz, ou alargamento permanente do canal pilórico, é sinal de úlcera prepilórica, senão mesmo de úlcera da pequena curvatura mais distante. O megabulho é outro sinal de interesse: dilatação do bulho duodenal sem deformação, também indicativo de lesão prepilórica. O espasmo na região prepilórica é sinal de úlceras recentes, mas não tem o mesmo valor dos outros, pois pode aparecer em afecções do fígado e do pâncreas, na teniase, etc.

A biloculação gástrica pode conduzir a erros: é raro nas úlceras gástricas e aparece nas lesões muito antigas. É a chanfradura ou enseada da grande curvatura, justamente defronte da úlcera, segundo se acreditava, mas o autor verificou que geralmente não há correspondência entre a enseada e a sede da úlcera na pequena curvatura, e isso porque o estomago não tem somente fibras circulares, mas também oblíquas e estas, retraídas, produzem uma chanfradura em altura diferente da sede da úlcera. A chanfradura pode ser só fisiopatológica e o operador não encontra perturbação morfológica.

A extase gástrica pronunciada é outro sinal indireto de úlcera, geralmente de úlcera estenosante do duodeno, ou de cancer do antro pilórico. Mostrou em seguida uma série de radiografias, demonstrando os vários sinais indiretos da úlcera gástrica.

Na discussão, o Dr. Eurico Branco Ribeiro citou um caso de obstrução e extase por úlcera gigante da pequena curvatura e lembrou a teoria mecânica da produção da úlcera, pedindo ao autor que verificasse na radioscopia, nos casos de úlcera de face, se o bolo alimentar é pegado de encontro à parede afetada, ao invés de escorrer pelo corredor gástrico.

Sociedade do Serviço do Professor Celestino Bourroul

SESSÃO DE 1.º DE MARÇO

Presidente: Dr. Fortunato Gabriel Giannoni

Regulação endócrina do metabolismo glucídico — Prof. Dr. Mario Luis de Finis — A glicose é indispensável em todo ser vivo, pelo seu papel energético, muscular, plástico e mixto. O metabolismo glucídico é o eixo do metabolismo protídico e lipídico, quicá por mecanismo de fosforilação indispensável para as oxidoreduções dos princípios alimentares à temperatura interna.

Todo processo fisiológico requer regulação, pois, o organismo não pode depender das possibilidades eventuais do ingresso glucídico. A regulação pode ser humoral ou nervosa, ou ambas na glucemia. A nervosa pode ser direta, imediata, ou ser indireta, mediata. Tem valor e ocorre em condições de emergência, sendo o sistema secretor adrenalínico o seu intermediário. O mecanismo humoral é iminentemente tônico, seria servido pelo sistema endócrino, sendo a glucemia o "primum movens" da regulação.

A fonte primordial de glicose para o sangue é o fígado, como o provam as hepatectomias (morte em hipoglicemia em 5 horas). A pretensa ação antidiabética da Sintalina e de numerosas plantas se exerceria através de insuficiências hepáticas. O fígado fornece a glicose pela lise do glicogênio (glicogenolise), fabrica o glicogênio ou a partir dos glucídeos ingeridos (glicogênese) ou a partir dos protídeos (gliconeogênese). O A. analisa a seguir o papel das glândulas endócrinas, analisando dum lado as hipoglicemiantes (pâncreas) e de outro as hiperglicemiantes (hipófise, suprarrenal, tireoide).

Pâncreas — sua extirpação provoca diabetes pancreática; hiperglicemia com glicosúria, precoce intensa e permanente não cessam com regime aglucídico, nem em jejum; diminui e mesmo desaparece o glicogênio hepático e varia pouco o muscular, aumentando o

cardíaco e o leucocitário; a gliconeogênese é acelerada, e é acompanhada de lipemia, colesterolemia, cetonemia e cetonúria, maior fosfatúria, sem diminuição da fosfatemia. O animal despancretizado morre num prazo de 2 a 3 semanas.

Insulina — corrige todos os sintomas já vistos, favorece a gliconeogênese hepática e muscular; diminui a gliconeogênese; melhora as lesões anátomo-patológicas reversíveis das células beta das ilhotas de Langerhans. Com regime adequado, a insulina é o único tratamento racional do diabetes pancreático.

Hipófise — a hipofisectomia produz hipoglicemia. Adenohipófise: sua extirpação atenua o diabetes pancreático. O animal revela capacidade de armazenar glicogênio e metabolizar glicose. O bloqueio hipofisário por hormônios sexuais, beneficia na mulher o chamado diabetes menopáusicos; o extrato alcalino fresco (Houssay) mostra ação diabetogena precoce, intensa, pouco duradoura; diminui o glicogênio hepático; agrava o diabetes pancreático.

Young, por injeções repetidas, obteve diabetes permanente pela degeneração halina das células beta, em animais castrados, corticoprivos, tireoprivos, etc.

Quanto a neurohipófise, sua extirpação produz heperglicemia pouco acentuada.

Suprarrenais: Medula — sua extirpação experimental é compatível com a vida do animal de experiência; a adrenalina mobiliza o glicogênio hepático incrementando sua glicogenolise; facilita o processo

anoxibiótico do glicogênio muscular a ácido láctico acarretando assim, uma hiperlactacidemia, por um lado, e por outro produzindo uma hiperglicemia com glicosúria não influinte sobre a gliconeogênese. A adrenalina produz a chamada ação de emergência de Cannon, que consta de taquicardia com aumento do volume-munuto; hiperpneia com dilatação dos bronquíolos; vaso dilatação coronária, dos músculos esqueléticos e do cérebro; vasoconstricção da área esplancnica e da pele; redistribuição do sangue; menor fadigabilidade muscular por favorecer a fosforilação e maior coagulabilidade do sangue.

Em relação a Cortex sua extirpação acarreta hipoglicemia, com desaparecimento do glicogênio hepático e muscular no animal de experiência.

Na moléstia de Addison nota-se, às vezes, hipoglicemia com diminuição do glicogênio muscular, falta de lactacidemia e menor insulinoresistência; seus extratos acarretam hiperglicemia.

Tiroide — a extirpação acarreta maior tolerância aos glucídios. Clinicamente encontramos o mesmo fato no mixedema. A Tirozina diminui o glicogênio hepático e muscular e em algumas espécies produziria cetose. O pó de tiroide tem ação diabetogena provada pela agravacão do diabetes experimental em cães.

Outras glândulas — não se confirmou a ação do baço sobre o metabolismo glucídico. As glândulas sexuais teriam provável ação através da hipófise. Os hormônios intestinais seriam de ação discutível, agindo através do fígado.

SESSÃO DE 22 DE MARÇO

Presidente: Dr. Fortunato Gabriel Giannoni

Valor das provas tuberculínicas no diagnóstico diferencial das afecções pulmonares no adulto — Dr. Febus Gikovate — Lembra o A. que a importância das provas tuberculínicas nos inquéritos epide-

miológicos e em clínica infantil é tacitamente aceita por todos. Já não acontece o mesmo quando se trata de adultos. Ainda predomina a opinião, baseada nos estudos anômicos de Maegeli e nos pri-

meiros inquéritos tuberculínicos de que a quasi totalidade dos adultos já contraiu a infecção ao atingir a terceira década da vida. Pesquisas amplas realizadas nos últimos dois decênios mostram que, nos países de tuberculinização antiga (Europa e Estados Unidos) a primo-infecção é cada vez mais tardia, permitindo a Bruno Lange afirmar que cerca de 50% dos indivíduos chega a adolescência e a idade de adulto, virgens da infecção tuberculosa.

Em nosso país o panorama — dada as condições epidemiológicas peculiares — é variável. O índice de tuberculinização é elevado nos grandes centros e reduzidos nas localidades menores e no Interior. Em São Paulo o índice é de 63,4% para o grupo etário de 15-24 anos. O A. lembra que não existem praticamente imagens patogenomônicas na placa radiológica. A única imagem cuja etiologia bacilar pode ser afirmada com segurança absoluta, é a do complexo primário com disseminação hematogênica simultânea. Nenhuma outra imagem radiológica leva em si o selo etiológico. É excusado que os dados clínicos pouco auxilio prestam maximé nos casos incipientes. De outro lado, a utilização em escala bem maior dos recursos radiológicos, veio evidenciar a frequência enorme das infiltrações pulmonares nas afecções as mais diversas. A pesquisa do agente etiológico — assinala o A. — só dá resultados positivos, em muitos casos, quando se recorre á cultura e á inoculação, meios dispendiosos e morosos, ainda mais quando as circunstâncias exigem a sua repetição. Muitas véses o tuberculino-diagnóstico permite afastar a etiologia tuberculosa de um processo pulmonar em espaço de tempo mais curto e sem dispêndio elevado de recursos financeiros. O A. chama a atenção para os cuidados básicos na realização e leitura das reações. Mostra que uma reação tuberculínica nos dá resposta segura quanto á sua positividade ou negatividade. Discute

as reações inespecíficas e os meios de evitá-las. Uma reação positiva indica sempre que o organismo já foi infectado pelo bacilo de Koch, mas nada informa quanto á natureza da lesão pulmonar em questão. E' portanto de pouca valia para a elucidação de um dado caso. Uma reação negativa permite afirmar a ausência de infecção tuberculosa, ressalvados os casos seguintes: a) período pré-alérgico, de duração de 3 a 8 semanas; b) tuberculoses graves a miliar aguda e, em menor proporção, a meningite tuberculosa; c) tuberculose curada; d) causas anergisantes (segundo trabalhos recentes — Westwater, 1935 — só o sarampo e a escarlatina provocam uma diminuição da sensibilidade tuberculínica, que dura de uma a duas semanas no máximo; e) em certos casos raros de tuberculose cirúrgica (insensibilidade cutânea a tuberculina?) Excluídas as exceções enumeradas, uma reação negativa á tuberculina, indica que uma lesão pulmonar em evolução é seguramente de etiologia não tuberculosa. O A. assinala que para fins de diagnóstico diferencial não é necessário ultrapassar a dose de 1 mg. em injeção intra-dérmica, sendo a dose de 10 mgs. e mais elevadas, bem como a pesquisa da alergia infra-tuberculínica, útil nos inquéritos epidemiológicos e nos estudos patogênicos. O A. estuda o período pré-alérgico na primo-infecção e afirma que os dados clínicos e a imagem radiológica são contemporâneos do aparecimento da sensibilidade tuberculínica, na maioria dos casos. Observações clínicas cuidadosas e a tragica experiência de Lubeck, permitiram determinar os limites extremos desse período. Em alguns raros casos — e o Autor apresenta um exemplo ilustrativo — as provas tuberculínicas aparecem só após a imagem radiológica. Para finalizar, apresenta 4 casos, um do Serv. do Prof. Celestino Bourroul e 3 de sua clinica particular que ilustram os conceitos emitidos.

Comentários: Dr. Olivério Graziotti — Indaga quando se deve considerar positiva ou negativa uma reação.

Dr. Fuad Chammas lembra porém que os casos de reação negativa constituem a minoria, referindo-se então a um caso que teve ocasião de seguir no qual todas as pesquisas foram negativas, e que se curou completamente pela medicação iodada. Lembra que a simples positividade da prova tuberculínica só tem valor quando em conjunto com outros dados, clínicos e terapêuticos.

Dr. Alexandre de Mello lembra a necessidade de se fazer a leitura só depois de muito tempo, pois já observou inúmeros casos de reação puramente anafilática, que desaparece ao cabo de 24-48 horas. Faz ainda algumas considerações sobre a alergia tuberculínica na ausência de bacilos.

Dr. Nairo França Trench — Esclarece um ponto duvidoso do comentário do Dr. Algodual, mostrando ser grande o número de indivíduos que, mesmo na idade

adulta, ainda não contraiu a infecção tuberculínica, conforme mostram as provas tuberculínicas.

Dr. Febus Gikovate — Quanto à questão da interpretação dos resultados das provas tuberculínicas, acha que a exposição teórica é dispensável, sendo como é o assunto de natureza essencialmente prática. Quanto às observações do Dr. Fuad Chammas, faz notar os perigos decorrentes da medicação iodada nos casos de tuberculose pulmonar. Quanto ao menor valor do alto índice de positividade das provas tuberculínicas, lembra que si aos 26 anos de idade em média a negatividade é de 20%, esse número chega a 50% em idades menores, lembrando-se sempre que esses números se referem às grandes cidades, sendo muito mais elevados nas regiões do Interior. Em seguida confirma as palavras do Dr. Nairo França Trench. No que se refere às observações do Dr. Alexandre de Mello, diz ser a questão da alergia tuberculínica na ausência de bacilos, um tema muito discutido, mas absolutamente confirmado pelos estudos modernos.

Centro Acadêmico Pereira Barreto

Conferências sobre o cancer. — Sob o patrocínio desse Centro, realizaram-se em maio as seguintes conferências:

Dia 8, às 21 horas — Organização Médico Social contra o Cancer — Prof. Antonio Prudente; 12, às 21 horas — Cancer em Ginecologia — Dr. Sila Matos; 14, às 21 horas — Cancer do Pulmão — Prof. Jairo Ramos; 15, às 21 horas — Cancer Gástrico — Prof. Bene-

dito Montenegro; 17, às 21 horas — Cancer dos intestinos — Prof. Bernardes de Oliveira; 18, às 21 horas — Cancer da Bexiga, Prostata e Penis — Prof. Rodolfo de Freitas; 19, às 21 horas — Cancer do Esofago — Prof. José Maria de Freitas; 21, às 21 horas — Cancer da Mama — Prof. Antonio Prudente; 22, às 21 horas — Radioterapia do Cancer — Dr. Roxo Nobre.

TRANSPULMIN


Homburg

Outras Sociedades

Centro de Estudos Franco da Rocha, sessão de 23 de abril, ordem do dia: Encerramento do Curso de Test de Rorschach; a) Entrega dos certificados de frequência; b) Homenagem ao dr. José Leme Lopes; Sobre um caso de feiticismo — Nota prática — Dr. Francisco Tancredi; O cálcio coloidal intrarraqueano na epilepsia — Dr. José Botiglieri.

Sociedade Brasileira de Cardiologia, sessão de 18 de junho, ordem do dia: Assistência médico social ao cardíaco — Dr. Genival Londres; Recuperação funcional do cardíaco — Dr. Oscar Ferreira Jr.

Sociedade Brasileira de Cardiologia, sessão de 19 de junho, ordem do dia: Apresentação de temas livres.

Sociedade Brasileira de Cardiologia, sessão de 20 de junho, ordem do dia: Apresentação de temas livres.

Sociedade Brasileira de Cardiologia, sessão de 21 de junho, ordem do dia: Astenia neuro-circulatória — Dr. Dante Pazzanese; Astenia neuro-circulatória — Dr. L. Mendonça de Barros.

Sociedade Médica São Lucas, sessão de 24 de abril, ordem do dia: Endometrioma quístico do ligamento redondo — Dr. Ernesto Afonso de Carvalho; A vacinação anti-tuberculosa pelo B. C. G. em São Paulo — Dr. Nogueira Martins; Filme sobre o preparo do plasma para transfusão.

Sociedade de Medicina Aplicada à Educação Física, sessão de 18 de abril, ordem do dia: A função

do médico especializado nos colégios e ginásios — Dr. João de Deus Bueno dos Reis.

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, sessão de 15 de maio, ordem do dia: Tuberculose renal. Considerações clínico-cirúrgicas e terapêuticas — Dr. Honório Dias Soares e Prof. Rodolfo de Freitas; Tuberculose renal. Aspectos radiológicos — Dr. Eduardo de Souza Cotrin.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo, sessão de 30 de abril, ordem do dia: Um caso de prenhez — Dr. Arnaldo Amado.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo, sessão de 12 de maio, ordem do dia: Aspectos atuais da Medicina Argentina — Dr. Mesquita Sampaio; Tuberculose intestinal — Dr. Paulo de Almeida Toledo; Incisões invisíveis — Dr. Rebello Netto.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de S. Paulo, sessão de 14 de maio, ordem do dia: Incapacidade Parcial e Permanente da Mastigação — Dr. João Batista de Oliveira e Costa Júnior; Insuficiência aortica e acidente no trabalho — Dr. Arnaldo Amado Ferreira e Prof. Flaminio Favero.

Sociedade Paulista de Leprologia, sessão de 12 de maio, ordem do dia: Lepra e Sífilis — Drs. Nelson de Souza Campos e Paulo Rath de Souza.

Sociedade do Serviço do Professor Celestino Bourroul, sessão de 30 de abril, ordem do dia: Penicilina. Estudo de conjunto e aquisições mais recentes — Dr. Francisco Caldeira Algodao.

PHILERGON - Fortifica de fato

IMPrensa MÉDICA DE SÃO PAULO

Sumário dos últimos números

Arquivos de Biologia, XXIX, 226, março-abril 1945 — Recentes progressos na disenteria bacilar — A. J. Weil e S. Wiedner; O hemograma — Utilidade e alcance na clínica — D. M. Gonzalez Torres; Estudo bioquímico de colibacilos atípicos nas fezes humanas — Carmelo di Giunta; Presença de eritrocitos em divisão no sangue circulante de um pombo — A. Carini; Sobre um *Nyctotherus* do *Crassodactylus gaudichaudi* — A. Carini; Um caso de isoporose humana — José Consentino; Esporotricose e Penicilina — Frederico de Marco; Eliminação da críogenina pela urina — Malhado Filho; Clínica de las ictericias — Heliodoro Gonzáles Mogena; Las cirroses hepáticas — Jesús del Cañizo Suárez; Arteriosclerosis — M. Bañuelos García; Problemas de diagnóstico neurológico — L. Berraquer e E. Castañer.

Biceps, VII, 31, maio 1945 — Paz, humana utopia — Mario Piva; Instrução para o povo — Roberto S. Pinto de Moura; Armand Sales e a Democracia — José S. Julianelli; Causas da insuficiência cardíaca — E. R. L.

Boletim de Higiene Mental, I, 8, abril 1945 — Educação infantil; Venenos sociais e Higiene Mental — Fernando O. Bastos; Leituras infantis — Bueno de Azevedo Filho; Literatura infantil e Higiene Mental — Tarcizo Leonce Pinheiro Cintra.

Boletim de Higiene Mental, I, 9, maio 1945 — Literatura para adolescentes — Henrique Marques de Carvalho; Venenos Sociais e Higiene Mental — Fernando O. Bastos; Responsabilidade e Higiene Mental — Henrique Levy.

D.C.G., 2, 5-6, setembro a novembro 1944 — Bases da Dietética nas Afeções Renais — Felício Cintra do Prado; Determinação do Urobilinogênio — Astolfo Ferraz de Siqueira.

Resenha Clínico-Científica, XIV, 4, abril 1945 — Prêmios "Nobel" para Medicina e Fisiologia correspondentes a 1943 e 1944: Vitamina K — I, Henryk Dam; II, Edward A. Doisy; As funções altamente diferenciadas da fibra nervosa — J. Erlanger e H. S. Gasser — A anestesia nas forças armadas — E. M. Papper; Áreas alimentares do Brasil — Josué de Castro; Malefícios e benefícios da controvérsia científica — Walter B. Cannon; O emprego de aminoácidos e de proteólitos na alimentação oral, parenteral e retal — I parte — Carlo Foá; Sífilis e Penicilina.

Resenha Clínico-Científica, XIV, 5, maio 1945 — O tratamento das fissuras anais pela riboflavina, pelo ácido nicotínico e pelo complexo B — Adalberto Leite Ferraz; Ramazzini, o Pai da Medicina do Trabalho — Ivolino de Vasconcelos; O emprego de aminoácidos e de proteólitos na alimentação oral, parenteral e retal — II parte — Carlo Foá.

Revista Clínica de São Paulo, XVII, 2, fevereiro 1945 — Malária aviária. V. Sobre a duração do período prepatente em infecções de *Gallus gallus* pelo *Plasmodium gallinaceum*, Brumpt, 1935 — Mauro Pereira Barreto e J. L. Pedreira de Freitas.

Revista Clínica de São Paulo, XVII, 3, março 1945 — Malária aviária, VII. Algumas observações sobre os caracteres da infecção de *Gallus gallus* pelo *Plasmodium gal-*

linaceum Brumpt, 1935 — Mauro Pereira Barreto e J. L. Pedreira de Freitas.

Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo, IV, 7-8, julho-agosto 1943 — Alguns aspectos da terapêutica e da luta contra o câncer do colo uterino — Pedro Ayres Netto, Alberto Francia Martins e Oscar Bueno Nestarez; Alimentação da população no momento que atravessamos — Francisco Pompeo do Amaral; Aradioterapia posoperatória — Carlos de Campos Pagliuchi; Discurso — Darcy Vilela Itiberê; Discurso de saudação — Ulisses de Lemos Torres; Discurso — Décio Fleury da Silveira; A alimentação da população no momento que atravessamos — Francisco Pompeo do Amaral; Fistulas borigênitas do Dorso Nasal — Pedro Falcão; Um caso de leishmaniose tipo sarcóide (1.º caso brasileiro) José de Alcantara Madeira; Resultados de experiências com um novo arsenical trivalente no tratamento da sífilis — José de Alcantara Madeira e Silvio Godoy Alcantara; O problema da pelagra no Brasil, Aspectos neurológicos — Aluizio Marques; Clínica e Radio-

logia do Cancer pulmonar — Marco Antonio Nogueira Cardoso; Parasitologia da moléstia de Chagas — Samuel B. Pessoa; Epidemiologia da Moléstia de Chagas — Gastão Rosenfeld; Aspecto Anatomo-Patológico do Coração na Moléstia de Chagas — Norberto de Araujo Coelho; Estudo Clínico da Moléstia de Chagas — Ariovaldo de Carvalho; Tireoidite na Moléstia de Chagas — Mesquita Sampaio, Luiz da Rocha Azevedo e Armando Sampaio Rezende; Hematologia na Doença de Chagas — José de Paula Silva; Radiologia e Eletrocardiografia da Moléstia de Chagas — Paulo de Almeida Porto; Diagnóstico laboratorial da Moléstia de Chagas — Gastão Fleury da Silva; Profilaxia da Moléstia de Chagas.

Revista Paulista de Medicina, XXVI, 4, abril de 1945 — Polipos cervicais e afecções polipoides do colo do útero — Licínio H. Dutra.

Revista de Neurologia e Psiquiatria de São Paulo, X, 3, maio-junho 1944 — Aspecto Social da Coréia de Huntington — L. Robalinho Calvacanti.

VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Professores Arnaldo de Moraes e Vitor Rodrigues

Palestras científicas — Efetuaram-se nos dias 16 e 17 de maio p. p., promovidas pela Seção de Obstetricia e Ginecologia da Associação Paulista de Medicina, três conferências sobre temas médicos.

A primeira foi feita às 9 horas do dia 16, no anfiteatro da Enfermaria de Ginecologia da Santa Casa, pelo Prof. Arnaldo de Moraes, catedrático de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Univ. do Brasil, que discorreu sobre o tema — Conceito das hemorragias funcionais uterinas.

A 2.ª, que esteve a cargo do mesmo eminente professor, reali-

zou-se no dia 17, às 21 horas, e teve como assunto o seguinte tópico: Ginecologia e trabalho feminino.

A 3.ª, poi pronunciada pelo prof. Vitor Rodrigues, catedrático de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Niteroi. Foi o seguinte o motivo de suas considerações: "O problema das amenorréias".

Estes ilustres visitantes conferencistas vieram à nossa Capital, afim de fazerem parte da banca examinadora do concurso de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Sociedade de Gastro-Enterologia e Nutrição de São Paulo

Eleição da nova diretoria — Realizou-se no dia 16 de junho p. p. a eleição da nova diretoria para o Biênio Social de 1945-47. O novo quadro diretor ficou assim constituído: Presidente, Dr. José Dutra de Oliveira; Secretário Geral, Dr. José Moretzsohn de Castro; Ajunto do Secretário, Dr. Demosthenes Orsini; Tesoureiro, Dr. Raul Ribeiro da Silva; Bibliotecário, Dr. João Ferreira; Comissão do Patrimônio, Dr. Levy Sodré e Prof. Franklin de Moura Campos.

Premios científicos a serem distribuídos — Em sua última reunião, essa entidade tomou conhecimento de que o Laboratório Sanitas de São Paulo, instituiu e custeará, anualmente, um premio de vinte e cinco mil cruzeiros para os melhores trabalhos sobre medicina social. Foi organizada uma comissão para regulamentação do referido prêmio, que receberá o nome de Arnaldo Vieira de Carvalho, em homenagem à memória do fundador e primeiro diretor da Faculdade de Medicina de S. Paulo.

Sociedade Brasileira de Radiestesia

Posse da nova diretoria — Na última sessão realizada, tomou posse a nova diretoria da Sociedade Brasileira de Radiestesia para o exercício de 1945-1947, a qual ficou assim constituída: Presidente, Dr. Alfredo Ernesto Becker; Vice-Presidente, Dr. Cristovão Ivancko; 1.º Secretário, Randolph Haynes;

2. Secretário, Nabor Vieira; 1.º Tesoureiro, J. S. Marques; 2.º Tesoureiro, J. M. Almeida Junior; Bibliotecário, Dr. Virgílio Goulart Penteado; Diretor médico, Dr. Eduardo Vaz; Diretor Técnico, Dr. Vladimir Srenesky; Diretor do Boletim da Sociedade, Horacio de Andrade.

Associação dos Ex-Alunos da Escola Paulista de Medicina

Eleição e posse da nova diretoria — Em Assembléia Geral Extraordinária, realizada a 24 de maio do corrente ano, foi eleita e empossada a Diretoria que regerá os destinos desta entidade até maio de 1946. São os seguintes os novos dirigentes: Presidente, Jair Xavier Guimarães; Vice-Presidente, Fran-

cisco Glicério de Freitas F.º; 1.º Secretário, Demosthenes Martino; 2.º Secretário, Luiz Fontoura; 1.º Tesoureiro, Otavio Ratto; 2.º Tesoureiro, Adoniro Cestari; 1.º Orador, Edgard J. Amato; 2.º Orador, Humberto Soares; Arquivista, Francisco Manoel Raposo de Almeida.

HEXAMYNO - iodo em gotas

ASSUNTOS DE ATUALIDADE

Tratamento do mal de engasgo

O balão hidrostático de Corrêa Neto e o processo cirúrgico de Oliveira Matos — O artigo original de Corrêa Neto sobre o assunto está publicado na "Revista de Cirurgia" de São Paulo, volume 2, página 201, de 1934. O balão hidrostático pode ser obtido aqui, em São Paulo, dirigindo-se o interessado ao diretor clínico da 3.^a Cirurgia de Homens da Santa Casa de Misericórdia.

Não se querendo empregar o balão, pode-se recorrer ao processo cirúrgico de João de Oliveira Matos, outro conhecido cirurgião paulista. Dentre as técnicas operatórias até hoje apresentadas a de Oliveira Matos é a que oferece maiores vantagens. Quaisquer informações podem ser obtidas com o seu autor, também na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

LITERATURA MÉDICA

Livros recebidos

Tricomoniosis vaginal — Manuel Luis Perez e Oscar Blanchard, El Ateneo (Florida, 344), Buenos Aires, 1944.

A tricomoniose vaginal tem sido assunto de muita discussão nos meios especializados. Em vista disso, os AA. criaram um ambulatório especial para o estudo da infestação, fazendo-o funcionar junto ao Instituto de Maternidade, no Hospital Alvear, de Buenos Aires.

Durante 8 anos fizeram pesquisas sistemáticas tanto em portadoras de afecções ginecológicas como em gestantes, parturientes e puerperas. Com material assim abundante e com um plano de estudos perfeitamente preestabelecido, puderam os A. A. chegar a conclusões precisas, esclarecendo muito pontos sobre os quais havia controversias. Na exposição do assunto, recorreram a vultosa literatura, citando alguns autores brasileiros. É fácil se compreender, por conseguinte, o alto valor desta monografia. O volume tem 174 páginas, com ilustrações originais, algumas das quais a cores.

O clíster de café no choque operatório — Aurélio Monteiro, Departamento Nacional do Café, Rio, 1943.

Trabalho laureado pela Academia Nacional de Medicina com o Premio Fernando Vaz, o assunto versado é de grande atualidade, merecendo a larga divulgação que lhe está dando o Departamento Nacional do Café.

Com efeito, tais são os bons resultados que se vêm obtendo em Montevideu e em certos centros cirúrgicos do Brasil com o emprego do clíster de café nos estados de choque que bem merece ser mais conhecido e utilizado esse recurso terapêutico apresentado por Carlos Stajano. O A., que pertence ao Serviço Cirúrgico do prof. Ugo Pinheiro Guimarães, fez um detalhado estudo do assunto, dividindo a sua premiada monografia nas cinco partes seguintes: 1. Nossa experiência com o clíster de café; 2, a composição química do infuso de café torrado e sua dupla ação hipo e hipertensiva; 3, o mecanismo regulador da pres-

são arterial e a ação do café; 4, a hipertensão arterial e sua interpretação em face do clistér de café; e 5, o choque e o clistér de café. O volume contém perto de 200 páginas.

Las cirrosis hepáticas — Jesús del Cañizo Suárez, Salvat Editores, Barcelona, 1943.

Este livro, que faz parte dos Manuais de Medicina Prática — excelente coleção editada pela casa Salvat — faz uma recompilação completa e concisa sobre os conceitos dominantes no intrincado problema das cirroses hepáticas, desde as teorias patogênicas até os novos conhecimentos de patogenia, anatomia-patológica e terapêutica. Deixando de lado as discussões puramente hipotéticas, diz o A.: “fazemos ressaltar conceitos simples, já que o mais simples é sempre não só o mais claro senão também o mais exato e verídico”. O livro inicia-se com a história e o conceito das cirroses, passando depois em revista as diversas formas, para em seguida discorrer sobre a cirrose experimental e os ensinamentos que proporciona. Por fim traz os capítulos referentes à anatomia patológica, à patogenia e ao tratamento. Contem várias ilustrações originais e várias figuras a cores. O texto é de 124 páginas.

La lucha contra la tuberculosis en Cuba — Demetrio E. Despaigne, Conselho Nacional de Tuberculose, Habana, 1944.

Com a colaboração dos membros da Junta Técnica do Conselho Nacional de Tuberculose de Cuba, o seu diretor apresenta, em elegante volume, um apanhado geral da luta contra a peste branca naquele país. Num trabalho contínuo de oito anos, colocou-se a campanha antituberculosa num plano que orgulha a administração daquele país. As medidas adotadas e a orientação geral da campanha são expostas neste volume

com minúcia e clareza. Demonstra o relatório que 75% dos tuberculosos conhecidos em Cuba recebem assistência efetiva do Departamento tratando-se os restantes por conta própria. No final do livro há um capítulo em que se expõem os planos para o futuro na ânsia de ampliar um serviço de assistência que já demonstra possuir elevada porcentagem de eficiência. O volume contém pouco mais de 250 páginas.

Registro de Médicos do Estado — Departamento Estadual de Estatística, São Paulo, 1944.

Em alentado volume de 566 páginas, Djalma Forjás, diretor do Departamento Estadual de Estatística, apresenta o resultado do censo dos médicos que clinicam no Estado de São Paulo, num total de 4.402 facultativos. Na capital existiam 2.381 médicos para uma população de cerca de 1.450.000 habitantes. Dos 4.402, eram brasileiros natos 4.163; naturalizados, 119; e estrangeiros, 20. O volume contém valiosos dados não só sobre os médicos, mas também sobre os hospitais e casas de saúde da capital e do interior.

L'action préventive contre la prostitution — Liga das Nações, Genebra, 1943.

A Liga das Nações manteve excelentes serviços de investigação sobre saúde pública, tendo publicado magníficos relatórios firmados por especialistas reputados. A Comissão Consultiva das Questões Sociais promoveu o estudo de medidas para a ação preventiva contra a prostituição, tendo-se chegado a interessantes conclusões. No presente volume ha uma série de trabalhos em que o assunto é expandido com minúcia e proficiência, apontando a orientação que os governos devem tomar, principalmente no que se refere à preservação das menores. O livro tem cerca de 200 páginas. Preço, 5 francos suíços.

—
stra
ulo-
em
en-
por
há
os
de
cia
ada
vo-
250

do
Es-

ó-
do
ta-
do
no
tal
tal
ma
00
ra-
os,
me
ó-
ó-
de

la
es,

x-
ão
li-
os
o-
es
e-
n-
a-
lo
le
x-
n-
os
il-
a-
m
5